UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 84

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Louis-Sylvain DIGONNET

né le 21 août 1897, à Espaly-Saint-Marcel

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES

HÉMORRAGIES SECONDAIRES

DU POST-PARTUM

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

LE PUY-EN-VELAY
IMPRIMERIE *LA HAUTE-LOIRE*
23, BOULEVARD CARNOT

1928

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1928 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Louis-Sylvain DIGONNET

né le 21 août 1897, à Espaly-Saint-Marcel

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES

HÉMORRAGIES SECONDAIRES

DU POST-PARTUM

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

LE PUY-EN-VELAY

IMPRIMERIE *LA HAUTE-LOIRE*

23, BOULEVARD CARNOT

1928

LE DOYEN : M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNRD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GARNIER	Pathologie expériment.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE
pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUENIOT.....	Obstétrique.
RETTERER.....	Histologie.
TANON.....	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE
à titre permanent

MM.	
ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LE LORIER.....	Clinique obstetiscale.
LEREBOULLET.....	Clinique médicale infantile.
LERI.....	Clinique médicale.
MOCQUOT.....	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.
VILLARET.....	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agrégé..	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLET-BERT.....	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

JOSEPH DIGONNET

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

MÉDECIN SOUS AIDE-MAJOR

TUÉ A L'ENNEMI

A MES PARENTS

En témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui m'a inspiré le sujet de ce travail, m'a guidé de ses précieux conseils et m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SALIMBENI

CHEF DE SERVICE A L'INSTITUT PASTEUR

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui m'a permis de profiter de sa grande expérience pour la partie technique de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1915 — M. le Professeur P. DELBET ;

1916 — M. le Professeur PIC (Lyon) ;
M. le Docteur FREDET ;

1919-1920 — M. le Docteur BRUHL ;

Externat

1920-1921 — M. le Docteur BRUHL ;

1921-1922 — M. le Docteur de MASSARY ;

Internat Provisoire

1922-1923 — M. le Docteur AVIRAGNET ;
M. le Docteur APERT ;

1923-1924 — M. le Docteur GUINON ;
M. le Professeur agrégé P. THIERY ;

Internat

1924-1925 — M. le Docteur CHIFOLIAU ;

1925-1926 — M. le Professeur agrégé LE LORIER ;
M. le Docteur MOUCHET ;

1926-1927 — M. le Professeur COUVELAIRE ;
M. le Docteur RUDAUX, Professeur en Chef de la Maternité ;

1927-1928 — M. le Docteur CHIFOLIAU.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Docteurs VIGNES, LEMELAND, PORTES, DESNOYERS, accoucheurs des Hôpitaux ;

MILHIT, MOREAU, Médecins des Hôpitaux ;

à MM. les Docteurs TRUFFERT, OBERLIN.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PETTIT

DE L'INSTITUT PASTEUR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

INTRODUCTION

Nous nous proposons dans ce travail d'étudier les hémorragies secondaires du post-partum.

Il est habituel d'attribuer les hémorragies qui surviennent dans les suites de couches, à des rétentions placentaires partielles.

C'est à peine si les auteurs classiques font allusion à des hémorragies en rapport avec un certain degré d'infection utérine.

Notre maître, M. le Professeur Couvelaire, a mis en évidence une variété d'hémorragies secondaires sans rétention placentaire. Sous le nom de forme métrorragique de l'infection puerpérale, il a décrit un syndrome d'hémorragies secondaires liées à l'infection sans rétention placentaire.

Nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations correspondant à cette variété.

Nous les rapportons dans cette étude, les mettant en parallèle avec les hémorragies par rétention placentaire.

HISTORIQUE

Les hémorragies secondaires des suites de couches semblent n'avoir été décrites qu'au cours du siècle dernier.

Dans les auteurs, tels que Smellie, Velpeau, voire même Cazeaux, on trouves des faits se rapportant à des hémorragies du post-partum.

De la lecture de ces auteurs, il semble que les hémorragies, des suites de couches, étaient attribuées le plus souvent à une rétention placentaire partielle.

On trouve même dans le *Dictionnaire des Sciences médicales* (1817) une description de ces hémorragies par rétention placentaire, et le traitement à adopter en pareil cas : le nettoyage de la cavité utérine après dilatation du col.

Mais, aucun auteur ne fait une distinction nette entre les hémorragies primitives et les hémorragies secondaires.

La rétention placentaire semble donc avoir été la grande cause reconnue aux hémorragies secondaires du post-partum. Cependant, des auteurs tels que Velpeau, Virchow, décrivirent des coagulations sanguines se déposant au niveau de l'insertion placentaire, sur les thromboses qui normalement oblitèrent les sinus utérins.

Ces coagulations, ils les trouvèrent uniquement constituées de sang, et n'y virent pas de tissu placentaire d'où le nom de polype fibrineux donné à ces formations.

Ces hémorragies n'étaient-elles pas plutôt dûes à une infection locale utérine ?

Quoiqu'il en soit, la première étude des hémorragies fut faite, d'après Kermauner, en 1840 par Robertson.

En 1850, Chiari évaluait leur fréquence à environ une hémorragie pour 270 accouchements.

Scanzoni, en parle comme d'une chose très connue de son temps.

En 1880, Pelaprat dans sa thèse fait une classification des différentes hémorragies des suites de couches.

Parmi les causes locales qu'il énumère, il cite :

a) *La rétention de portions de placenta ou des membranes*. C'est sans contredit, une des causes les plus communes de l'hémorragie puerpérale secondaire.

b) *L'inflammation*. — Pendant la période puerpérale, la muqueuse utérine qui se régénère est à l'état de couche mince et molle. Les vaisseaux de nouvelle formation sont peu résistants et entourés de tissus plus friables qu'à l'état normal.

Il n'est donc pas étonnant que l'hémorragie symptôme habituel des inflammations de l'utérus et des organes voisins (ovaire, péritoine) pendant l'état de vacuité complique plus fréquemment encore ces lésions pendant les suites de couches.

En 1889, F.-A. Kehrer estime que les hémorragies des suites de couches sont devenues plus rares et il admet que la cause de cette amélioration est une meilleure technique de délivrance et une *meilleure asepsie*.

La notion de l'importance de l'infection dans l'étiologie des hémorragies des suites de couches, avait donc apparu dès le début de l'ère pastorienne, et Budin (in *Tarnier Budin*) à propos des hémorragies tardives du post-partum parle de cas où l'écoulement sanguin des premiers jours du post-partum peut continuer pendant

15 jours à 1 mois et plus chez certaines femmes dont les suites de couches n'ont pas été absolument apyrétiques.

Chez ces femmes, on trouve un utérus volumineux, mou, parfois douloureux. C'est un utérus atteint de métrite hémorragique qu'il faudra nettoyer.

Commandeur (in *Bar Brindeau*) accorde peu de place aux hémorragies secondaires. Il indique que les hémorragies secondaires tardives sont habituellement dues à des rétentions placentaires :

Il est rare cependant que celles-ci restent latentes pendant plus de 8 à 10 jours. Les hémorragies qui surviennent au delà du 15e jour sont ordinairement liées à une inflammation de la muqueuse utérine, à une endométrie puerpérale, d'origine infectieuse. Dans ce cas l'utérus reste gros en subinvolution.

Ainsi donc jusqu'à ces derniers temps, les auteurs, les traités classiques, attribuaient les hémorragies secondaires du post-partum à des rétentions partielles du placenta ; tout en reconnaissant qu'il existait des hémorragies d'origine infectieuse. Ces hémorragies, ils les considéraient pour ainsi dire avec mépris, estimant qu'elles étaient peu graves.

« C'est un utérus à nettoyer », disait Budin.

Ces auteurs ne semblent pas avoir assisté à ces hémorragies parfois si graves et si rapidement mortelles que notre maître a pu observer

M. le professeur Couvelaire fut frappé, en effet, de la gravité de certaines hémorragies secondaires du post-partum sans rétention placentaire.

Sur les trois premiers cas qu'il vit, il y eut deux morts. Ces observations furent rapportées et décrites dans une communication à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris en 1926 sous le nom de forme métrorragique de l'infection puerpérale.

A la suite de cette communication plusieurs cas analogues furent rapportés.

M. le professeur Brindeau rapporte deux cas d'hémorragies secondaires sans rétention placentaire par infection ; l'un guérit à la suite d'une hystérectomie abdominale, l'autre malgré une hystérectomie vaginale se termina par la mort.

MM. Lévy Solal et Ravina rapportèrent cinq observations entrant dans le cadre de cette classe d'hémorragies.

Depuis, nous nous sommes attachés à rechercher les observations de ce genre, et il nous paraît possible de tenter l'étude d'ensemble de ces hémorragies.

PREMIÈRE PARTIE

ETUDE ANALYTIQUE DES HEMORRAGIES SECONDAIRES DU POST-PARTUM

Les hémorragies primitives de la délivrance ont été abondamment étudiées, et nous n'envisagerons pas dans cette étude, les pertes de sang primitives qui se produisent dans les heures qui suivent la délivrance, mais seulement les hémorragies secondaires, qui surviennent après les premières 24 heures.

Les observations d'hémorragies secondaires du post-partum que nous avons recueillies sont au nombre de 29.

Ces hémorragies sont survenues entre le troisième et le vingt-deuxième jour.

Nous pouvons donc les qualifier d'hémorragies secondaires.

Parmi celle-ci, les unes sont relativement précoces, les autres sont relativement tardives.

Le petit nombre des observations recueillies est en rapport avec la rareté de ces hémorragies.

Si nous considérons la statistique de la clinique Baudelocque, qui est une statistique en série continue, nous constatons qu'il y a eu 19 cas d'hémorragies secondaires du post-partum sur 18.545 acccuchements.

Ce chiffre n'est qu'approximatif, puisque les hémorragies peuvent survenir alors que les femmes ont quitté la clinique, et peuvent avoir été traitées dans les services de chirurgie d'autres hôpitaux.

Il nous paraît indispensable pour l'étude analytique de nos documents de les classer en deux groupes, et pour cela nous nous baserons sur le fait qu'il y a eu ou qu'il n'y a pas eu de rétention placentaire.

Le premier groupe comprend 14 cas d'hémorragies secondaires avec rétention placentaire.

Le second 15 cas d'hémorragies secondaires sans rétention placentaire.

Notre travail analytique comprend une étude clinique, thérapeutique, anatomique et bactériologique.

Notre travail personnel a porté surtout sur la partie anatomique et microbiologique.

CHAPITRE I

Hémorragies secondaires du post-partum par rétention placentaire

---

ETIOLOGIE

Les conditions dans lesquelles les hémorragies par rétention placentaire partielle se sont produites sont extrêmement variables.

I. — Nous n'avons noté aucune influence de la parité.

A la clinique Baudelocque :

4 fois, elles ont été observées chez des primipares;

3 fois, chez des secondipares;

4 fois chez des multipares.

II. — Nous ne retiendrons rien de l'étude des antécédents :

Sur les onze cas observés à la clinique Baudelocque, dans trois cas seulement, on relève des particularités :

Deux fois il y avait eu des avortements antérieurs (observ. VII, IV).

Dans l'observation IV, il y avait eu un curage à la suite du deuxième avortement, et au cours de la dernière gestation de l'abuminurie.

Deux fois ; il existait de l'albuminurie (observation V et XI).

III. — Nous n'insisterons pas davantage sur les circonstances de l'accouchement.

Ils furent tous normaux, spontanés, sauf pour l'obser-

vation III, où l'accouchement se produisit prématurément, avec présentation du siège et procidence du cordon.

Une particularité à noter pour l'observation X : une expulsion de courte durée (5 minutes) chez une primipare.

IV. *Délivrance.* — Il nous a paru par contre plus intéressant de rechercher les conditions dans lesquelles s'était effectuée la délivrance.

Deux faits nous frappent immédiatement :

4 fois, il y eut des hémorragies de la délivrance (Observ. I, V, XI, XII).

4 fois l'arrière-faix était incomplet ou son intégrité douteuse (Observ. III, IV, XI, XII).

L'hémorragie de la délivrance a été évaluée à 300 gr. dans l'observation I.

Elle était légère dans les observations V et XI.

Elle était abondante dans l'observation XII.

Dans ce cas, elle avait débuté avant l'expulsion du délivre, et a continué après.

De violentes contractions utérines ont été notées avant cette expulsion.

L'arrière-faix était incomplet.

Pour l'observation XI, déjà signalée, en même temps que l'hémorragie légère de la délivrance, il y eut rétention partielle des membranes.

Dans l'observation III, le placenta avait des bords déchiquetés et son intégrité au niveau de la face utérine était douteuse.

L'observation IV est celle d'un accouchement gemellaire : les deux masses placentaires étaient déchiquetées et les membranes déchirées.

Enfin dans l'observation XII, il y eut rétention totale du chorion et de la caduque.

Ainsi parmi les cas dans lesquels il s'est produit une

hémorragie de la délivrance, il en est deux qui ont eu un arrière-faix peut-être incomplet.

Dans deux cas, la rétention placentaire a pu être favorisée par une anomalie de la contraction utérine : hypertonie (obs. X, XII) agissant en gênant le jeu physiologique normal de la délivrance.

Si nous considérons uniquement les cas de la clinique Baudelocque, les seuls qui aient de la valeur au point de vue statistique, puisqu'ils appartiennent à une statisque globale, en série continue, les résultats sont les suivants :

11 cas d'hémorragies secondaires par rétention placentaire.

3 cas d'hémorragie de la délivrance.

3 cas dans lesquels l'arrière-faix est incomplet, ou son intégrité douteuse.

L'un des cas (observ. XI) où il s'est produit une hémorragie de la délivrance avait aussi un délivre incomplet.

Il en résulte que sur les onze cas, cinq ont présenté une anomalie de la délivrance.

Nous retenons un point particulier, dans ces diverses observations à savoir : que l'association d'hémorragie, de la délivrance, et d'un arrière-faix incomplet, extrait naturellement ou artificiellement est un élément qui doit retenir fortement l'attention et faire suspecter un rétention placentaire partielle.

***

ETUDE CLINIQUE

A) *Etat avant l'hémorragie.* - La plupart du temps, avant l'hémorragie on observe des signes qui témoignent de l'infection utérine habituelle dans les cas de rétention placentaire partielle.

Ces symptômes sont de deux ordres :

Des symptômes généraux.

Des symptômes locaux.

I. — *Les symptômes généraux* consistent en une élévation thermique :

La fièvre existe le plus souvent : observ. I, III, IV, V, VI, VII, VIII, X, XII, XIV.

Dans de rares cas, les suites de couches ont été apyrétiques jusqu'à la date de la première hémorragie : observ. II, IX, XI.

Sur les onze cas de la clinique Baudelocque 7 ont eu des suites de couches fébriles. 4 ont eu des suites apyrétiques.

La fièvre est modérée souvent autour de 38°, 38°5 avec pouls aux environs de 100.

Quelquefois elle est plus élevée dépassant 39°, 39°5 avec pouls à 120, 130 (observ. V).

II. — *Les symptômes locaux* font rarement défaut. L'examen de l'appareil génital montre des signes d'infection utérine dans la majorité des cas ; observ. I, V, VI, VII, IX, X, XI, XII.

Quatre fois l'utérus est trouvé un peu gros : observ. I, V, VI, IX.

Une fois l'utérus était douloureux : observ. VII.

Une fois l'utérus était anormalement rétracté au troisième jour après l'accouchement (observ. X).

Ainsi sur 11 cas, on a noté 7 fois des symptômes locaux.

B) *Date d'apparition de l'hémorragie.* — La date d'apparition des hémorragies par rétention placentaire est variable. Nous en avons observé dès le troisième jour des suites de couches.

Les plus tardives, se sont produites 22 jours après l'accouchement.

Sur l'ensemble de nos observations *4 ont été précoces* se montrant avant le 5e-6e jour :

3e jour : observ. III.
5o jour : observ. I, V, VII.
10 ont été plus tardives :
6e jour : observ. XIV.
8e jour : observ. IV, XIII.
12e jour : observ. II, VIII.
14e jour : observ. VI, IX.
17e jour : observ. XII.
22e jour : observ. X et XI.

C) *L'hémorragie. — Les caractères de l'hémorragie* par rétention placentaire sont des plus banaux.

1o Le plus souvent, l'hémorragie est importante, mais elle ne met pas immédiatement en danger la vie de la femme.

Elle se répète dans la suite : observ. I, II, IV, VIII, IX, X, XI, XIII.

Elle peut cesser à la suite de l'expulsion spontanée du fragment placentaire : c'est une éventualité rare (observation I).

2o Quelquefois, l'hémorragie est légère au début simple expulsion de caillots. Cette hémorragie pourra se répéter et devenir grave dans la suite : observ. III, V, XII, XIV.

3o Enfin l'hémorragie peut être brusque extrêmement abondante, profuse, grave d'emblée, nécessitant un traitement d'urgence : observ. VI, XII.

II. — *L'évolution s'accompagne le plus souvent de fièvre* avec accélération du pouls : observ. III, V, VI, VII, IX, XII, XIII, XIV.

Il est intéressant de confronter l'état fébrile au cours de l'évolution de l'hémorragie avec l'état avant l'hémorragie.

Nous remarquons immédiatement que :

1o Dans un seul cas (observ. II) il n'y a eu de fièvre, ni avant, ni après l'hémorragie.

2° Dans six cas : les suites de couches avaient été fébriles et la fièvre a persisté à la suite de la première hémorragie : observ. III, V, VI, VII, XII, XIV.

3° Dans trois cas, il y avait eu de la fièvre avant l'apparition de l'hémorragie. Il n'y en a pas eu après : observ. I, IV, X.

4° Dans quatre cas, la fièvre n'est apparue qu'après la première hémorragie (observ. VIII, IX, XI, XIV).

III. — *Les examens locaux* quand ils ont été pratiqués ont montré un certain nombre de signes : l'utérus est augmenté de volume : observ. IV, VI, XI.

Il est douloureux : observ. I, III, VII.

Le col est entr'ouvert : observ. I, II, IV, VIII, X, XI, XIV.

La cavité utérine est remplie de caillots : ob. IV.

On a senti le fragment placentaire : observ. VIII, XI.

Ainsi, il a été noté huit fois sur 14 que le col était entr'ouvert et perméable au doigt.

Trois fois le corps utérin était augmenté.

Deux fois le fragment placentaire a été perçu.

D'une façon générale, la plus grande partie des hémorragies par rétention placentaire a été précédée de fièvre et de signes locaux d'infection.

L'hémorragie s'est reproduite à intervalle de un à plusieurs jours accompagnée de symptômes fébriles et de signes locaux : utérus gros, col entr'ouvert.

Il est à remarquer, que le plus grand nombre des cas ayant eu de la fièvre pendant l'évolution de l'hémorragie avaient eu des suites de couches fébriles.

*
**

EVOLUTION — TRAITEMENT

Sur les quatorze observations d'hémorragies secon-

daires par rétention placentaire que nous rapportons il y a eu :

8 cas de guérisons.

6 cas mortels.

Il nous paraît intéressant d'étudier les rapports qui peuvent exister entre la date d'apparition de l'hémorragie ; la gravité de l'hémorragie, l'importance de l'infection concomitante, la date de l'intervention, d'une part, et d'autre part le résultat obtenu.

Cette étude doit porter d'abord sur les cas qui ont guéri, puis sur les cas qui ont été mortels :

A. Cas de guérison

I. — *Date d'apparition de l'hémorragie.*

Dans les cas de guérison l'hémorragie s'est produite à une date variable :

le 4e jour : observ. I, III,
le 5e jour : observ. XIV,
le 8e jour : observ. IV,
le 12e jour : observ. II,
le 17e jour : observ. XII,
le 22e jour : observ. X, XI.

II. — *Abondance de l'hémorragie.*

L'hémorragie a été abondante dans quatre cas : observ. II, X, XI, XII.

Dans les quatre autres cas de guérison, elle n'avait pas été très abondante : observ. I, III, IV, XIV.

III. — *Signes infectieux avant l'intervention.*

Les malades présentaient des signes infectieux avec température atteignant 38°5 ou au-dessus, utérus, douleurs, lochies fétides, dans 4 cas : observ. I, III, XI, XIV.

Les signes étaient légers ou inexistants dans les quatre autres cas : observ. II, IV, X, XII.

IV. — *Date de l'intervention.*

Le curage ou curettage a été pratiqué le jour même de l'hémorragie dans l'observation IV.

Le lendemain dans les observ. II, III, XII, quatre jours après observ. XIV.

L'hystérectomie a été faite :

Le 26e jour, quatre jours après l'hémorragie (observation X).

Le 27e jour, cinq jours après la première hémorragie (observ. XI).

V. — *Suites opératoires.*

a) *Pour ce qui est des interventions intra utérines*, les suites opératoires ont été simples dans deux cas : observ. III, XII.

Elles ont été compliquées trois fois : il s'est produit une phlébite bilatérale (observ. II).

Dans l'observation IV, il y a eu ascension thermique à 39°2, accélération du pouls à 100, et frissons dès le lendemain.

Cette réaction a été suivie d'une période fébrile, d'une quinzaine de jours.

Enfin dans l'observation XIV, à la suite du curettage est apparu un état septicémique inquiétant puis un abcès de la paroi utérine ayant nécessité l'hystérectomie.

b) *Les suites opératoires des 2 hystérectomies* furent suivies de guérison.

B. Cas de mort (6 cas de mort)

I. — *Date d'apparition de l'hémorragie.*

L'hémorragie avait apparu dans ces cas :

le 6e jour : observ. V,

le 8e jour : observ. VII, XIII,

le 12e jour : observ. VIII,
le 14e jour : observ. IX,
le 18e jour : observ. VI.

II. — *Abondance.*

Dans quatre cas, elle avait été très abondante : observ. VI, VIII, XI, XIII.

Dans deux cas, elle avait été peu inquiétante : observ. V, VII.

III. — *Signes infectieux avant l'intervention.*

Quatre fois, il existait des signes d'infection importants avec température atteignant ou dépassant 38°5 : observ. V, VI, VII, XIII.

Deux fois les signes étaient légers : observ. VIII, IX, dans lesquelles la température avant l'intervention était à 38°, 38°4.

IV. — *Date de l'intervention.*

a) *Le curage ou curettage* ont été pratiqués respectivement :

Observ. V : le 6e jour des suites de couches, le jour même de l'apparition de l'hémorragie.

Observ. VI : le 18e jour immédiatement après la première hémorragie.

Observ. VII : le 8e jour, 3 jours après le début de l'hémorragie.

Observ. VIII : 5 jours après, 17e jour après l'accouchement.

b) *L'hystérectomie* a été faite dans un cas, quatre jours après l'hémorragie (observ. IX).

Dans l'autre, le lendemain de l'hémorragie au 9e jour des suites de couches.

V. — *Des difficultés de curage* ont été notées dans

quatre des observations qui se sont terminées par la mort.

Les débris placentaires étaient adhérents à la paroi utérine (observ. V, VI, VII, VIII).

VI. — *Suites opératoires.* — a) *Le curage* a été le point de départ d'un état septicémique rapidement mortel : la mort s'est produite le 6e jour après l'intervention dans l'observation V. Dans l'observation VI, 7 jours après le curage, dans l'observation VII, 20 jours après.

L'observation VIII a eu les mêmes complications septicémiques après l'intervention intra utérine. L'on a tenté une hystérectomie « in extremis » mais la malade est morte 4 jours après le curage.

b) *L'hystérectomie* a été impuissante à amener la guérison dans deux cas :

Dans un cas la mort est survenue par anémie aigüe le lendemain de l'opération (observ. IX).

Dans l'autre, la femme a succombé par péritonite aigüe le 5e jour.

De cette étude de l'évolution et du mode de traitement appliqué aux hémorragies, il résulte que le curage apparaît comme une arme dangereuse.

Quatre fois il a entraîné l'évolution d'un état septicémique, rapidement mortel, trois fois, lorsque les femmes ont guéri, le curage avait donné lieu à des incidents.

La mortalité dans l'ensemble a été énorme. On a donc cherché à améliorer le pronostic de ces hémorragies par une autre intervention : par l'hystérectomie.

Si l'on range par ordre chronologique les cas d'hémorragie par rétention placentaire, de la Clinique Baudelocque on se rend compte de l'évolution des idées concernant leur traitement dans cette clinique :

Dans une première période tous les cas d'hémorragies secondaires par rétention sont traités par les interventions intra utérines.

Dans une deuxième période, après un essai d'hystérectomie, tardive « in extremis » dans un cas de septicémie consécutif à un curage, on traite certaines de ces hémorragies par l'hystérectomie faite plus précocement.

***

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il nous a été donné d'observer quatre cas d'hémorragies par rétention placentaire.

Trois d'entre eux ont été traités par hystérectomie, si bien qu'il nous a été possible d'étudier « in situ » le cotylédon placentaire resté adhérent.

Le quatrième cas, provient de la Maternité de Port-Royal et se rapporte à une hémorragie par rétention placentaire traitée par un simple curettage.

Anatomie macroscopique

A l'ouverture de la cavité utérine on trouve sur l'une de ses parois, ou sur le fond une masse faisant saillie, et contrastant avec le reste de la muqueuse qui est lisse.

Dans l'observation X, le fragment placentaire est situé près du fond de l'utérus et sur sa face antérieure. Il constitue une masse aplatie et à bords arrondis.

Le polype a les dimensions suivantes :

Hauteur : 5 m/m.

Longueur : 23 m/m.

Il est fixé à la paroi utérine par un pédicule large de 18 m/m.

Dans la profondeur, sous le pédicule du polype et dans la paroi utérine elle-même existent des orifices vasculaires nombreux. Certains sont plus volumineux et appartiennent à un même vaisseau à disposition « hélicine » coupé en plusieurs points de son trajet.

A la coupe le fragment placentaire présente une partie centrale d'un rose clair, entouré d'une partie périphérique ayant l'aspect de caillot ancien.

L'observation XI est celle d'une rétention placentaire plus importante. Nous représentons ci-contre la photographie en grandeur naturelle du fragment cotyledonnaire.

Il a la forme d'une amande avec un pôle supérieur arrondi, un pôle inférieur plus effilé.

Ce fragment est implanté au niveau du fond de l'utérus près de la corne droite.

La hauteur atteint 4 cm. 6.

Sa largeur 30 m/m.

Son pédicule d'implantation est large, et atteint 27 m/m.

Sa consistance est molle, élastique, mais peu résistante.

Sa surface est légèrement irrégulière.

La paroi utérine est congestionnée surtout au niveau du pédicule.

A ce niveau existent de nombreuses lumières vasculaires.

A la coupe le fragment placentaire apparaît formé de plusieurs zônes.

Près de la paroi utérine: zône large de coloration rose pâle et qui correspond au tissu placentaire.

A la périphérie, près du pôle inférieur aspect de caillot ancien.

Entre ces deux zônes, une série de couches concentriques, alternées de tissu rose pâle et de sang coagulé.

La base d'insertion du fragment placentaire se continue *sans ligne de démarcation* nette avec la paroi utérine

Sur la pièce opératoire de l'observation XI nous avons pratiqué quelques mensurations qui indiquent que l'uté-

rus est augmenté de volume et n'a pas subi l'involution normale habituelle.

Cet utérus enlevé au 27e jour après l'accouchement présente les dimensions suivantes :

Hauteur, mesurée de l'orifice externe du col à la face péritonéale du fond utérin : 11 cm. 4.

Hauteur mesurée de l'orifice externe du col à la face muqueuse du fond utérin : 10 cm.

D'autre part, la largeur mesurée sur la face postérieure de l'organe de l'origine d'une trompe à l'autre est de 6 cm. 5.

Il est intéressant de comparer ces dimensions aux dimensions de l'utérus ayant subi l'involution normale.

D'après Varnier, au 25e jour de l'accouchement les dimensions sont les suivantes :

8 cm. 3 de l'orifice externe du col à la face péritonéale du fond utérin.

6 cm. 8 du même point au fond de la cavité utérine.

Les parois utérines sont épaissies, elles atteignent 2 cm., et même 2 cm. 3 au niveau du polype pour le corps utérin, et 1 cm. 5 pour le col.

Anatomie microscopique

L'examen microscopique nous montre que les fragments placentaires retenus sont constitués dans l'ensemble par du tissu placentaire et des caillots qui l'enrobent.

« L'enchevêtrement » de ces deux éléments constitutifs est plus ou moins profond.

I. — *Les villosités* sont facilement reconnaissables dans toutes nos observations, mais leur degré de conservation est variable.

C'est ainsi que dans l'observation IX (hystérectomie pratiquée le 18e jour), les villosités placentaires paraissent normales.

Dans l'observation XI, les villosités sont au contraire, en voie de dégénérescence : leur épithélium se modifie; les noyaux perdent leurs caractères de « colorabilité » et l'axe de la villosité subit la transformation fibreuse : les vaisseaux disparaissent.

Les villosités les plus dégénérées sont celles qui sont composés dans la gangue du caillot. Elles sont alors à peine reconnaissables.

II. — *Le caillot* est constitué par des hémorragies de dates différentes. Dans les coupes de l'observation XI on se rend compte qu'il existe des hémorragies anciennes en voie d'organisation, et au contraire des hémorragies interstitielles récentes dans la profondeur du fragment placentaire et où l'on reconnaît des hématies à peine altérées.

L'aspect du fragment placentaire dans ses parties constituées par du caillot prend parfois une allure assez particulière.

C'est ainsi que dans l'observation X, on voit sur les coupes des îlots irrégulièrement festonnés à leur périphérie, rappelant les corps jaunes en voie d'organisation.

III. — *Au-dessous de la zone des villosités* placentaires se trouve la zône déciduale et à ce niveau, on remarque *une très forte infiltration d'éléments leucocytaires*.

Il existe à ce niveau des signes d'inflammation aigüe manifeste et parfois extrêmement intenses.

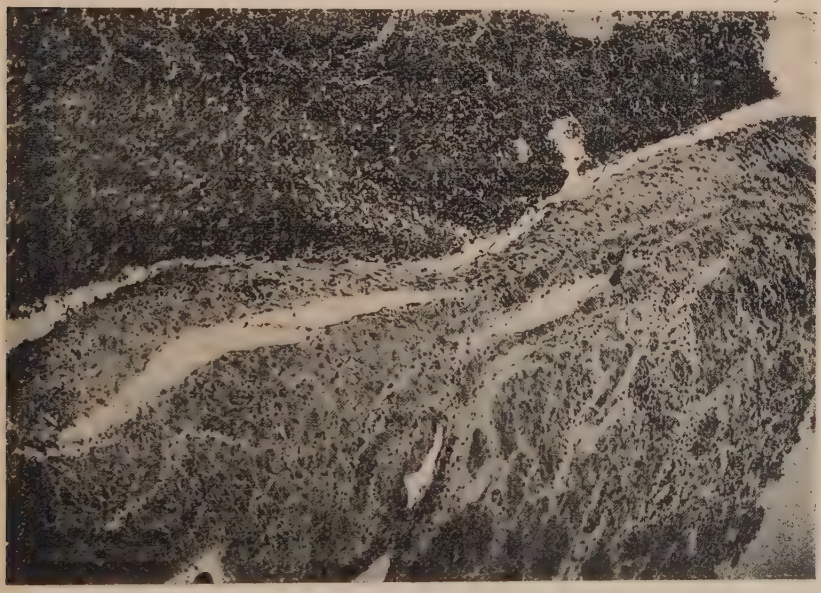
Cette inflammation se retrouve dans la plupart des coupes, elle peut siéger en plein tissu placentaire (observ. XI et XII).

IV. — *Dans la paroi musculaire au-dessous du fragment placentaire*, on trouve de nombreux vaisseaux thrombosés (observ. XI).

En général, il n'y a dans le myomètre lui-même qu'une infiltration leucocytaire discrète.

Dans aucune de nos coupes nous n'avons pu mettre en évidence la présence de microbes.

En résumé les fragments retenus que nous avons étudiés, nous apparaissent comme constitués par du tissu placentaire plus ou moins altéré englobé dans un caillot en voie d'organisation. Ces polypes sont le siège d'hémorragies répétées. Ils adhèrent fortement à la paroi utérine et présentent des signes d'inflammation ; celle-ci souvent localisée dans la couche déciduale.



(Obs. XIII). Hémorragie secondaire par sphacèle du muscle utérin.

(Cliché dû à l'obligeance de M. le Docteur Vignes)

***

ETUDE BACTERIOLOGIQUE

Nous avons étudié la flore microbienne dans trois cas d'hémorragies secondaires du post-partum par rétention placentaire : observ. X, XI, XII.

Pour tous nos cas, nous avons suivi la même technique :

a) Prélèvements intra-utérins, la femme étant en position gynécologique, à l'aide d'une forte pipette Pasteur, après désinfection du col.

b) Ou bien prélèvement intra-utérin : sur la pièce opératoire recueillie aseptiquement, après cautérisation de l'orifice cervical au fer rouge, et ouverture aseptique de la cavité utérine.

Dans tous nos cas nous avons fait des isolements nombreux sur de multiples tubes, aussi bien en milieux aérobies qu'en milieux anaérobies.

Voici quelles ont été les résultats de ces recherches :

Dans l'observation XII : nous avons isolé un streptocoque anaérobie strict associé à un bacille perfringens.

Dans l'observation XI : un streptocoque anaérobie seul.

Dans l'observation X : un streptocoque anaérobie, il était associé au début à des cocci gram négatifs, des bacilles gram positifs de type pseudo diphtériques que nous n'avons pas réussi à isoler.

Streptocoque Anaérobie

Dans les trois cas nous avons mis en évidence du streptocoque anaérobie : deux fois il était associé à d'autres germes, une fois fois il a poussé en cultures pures.

C'est un streptocoque anaérobie strict ne poussant pas ; même par ensemencements larges, sur milieux aérobies.

En 3 ou 4 jours de séjour à l'étuve on obtient des colonies arrondies à surface légèrement granuleuse. Ces colonies ayant un aspect brunâtre dans les tubes de gélose profonde.

Quand elles vieillissent : ces colonies grossissent puis présentent des bourgeons latéraux ayant l'aspect que représente la photographie ci-jointe.

Nous avons entrepris des recherches sur l'action pathogéne de ce streptocoque et pour cela nous avons fait des cultures en milieux liquides, sur bouillon sucré, dans le vide.

Les recherches sur la virulence, sur la toxicité envers les animaux de laboratoire : souris, cobayes, lapins, se sont montrées négatives. Au cours de nos expériences, nous avons pu constater que le streptocoque anaérobie dégénère rapidement sur la gélose Veillon.

Les chainettes de streptocoque gram positif si nettes, et si longues dans les premières cultures, deviennent plus courtes, les cocci qui la composent deviennent irréguliers et perdent leurs caractères de « colorabilité ».

Les recherches sur le pouvoir hémolytique ont été négatives : de même, l'action sur la coagulation du sang (recherchée sur le lapin) aussi bien « in vivo » qu' « in vitro » a été nulle.

Il n'en reste pas moins que trois fois nous avons mis en évidence des streptocoques anaérobies, si nous n'avons pu mettre en évidence l'action pathogène de ce germe, il n'est pas prouvé que ce germe en est dépourvu.

Cela tient peut-être aux modifications de la virulence du germe sur les milieux de culture habituels.

Le streptococcus putridus (Schottmüller) peut recouvrer sa virulence par culture en bouillon, additionné d'organes ou de sang frais.

Il y aurait lieu de recourir à ce procédé pour l'étude du pouvoir pathogène de ce germe.

EN RÉSUMÉ

L'étude analytique que nous venons de faire des observations d'hémorragies secondaires par rétention placentaire, au triple point de vue.

clinique,
anatomique,
bactériologique,

met ainsi en évidence non seulement la très grande gravité de ces hémorragies mais encore la cause des échecs thérapeutiques.

Cette cause réside :

1° dans le fait anatomique capital : à savoir que le fragment placentaire assez souvent adhère fortement à la paroi utérine par un large pédicule, qu'il se continue sans ligne de démarcation nette avec la paroi utérine.

Il n'y a pas de plan de clivage entre le fragment placentaire et cette paroi : le curage sera donc une véritable « sculpture » de ce fragment dans la paroi utérine.

2° dans l'état d'infection de la cavité utérine et des couches de tissu sous jacent au polype placentaire.

Logiquement les faits anatomiques et bactériologiques devaient conduire à l'exérèse en masse des parties infectées et par conséquent à l'hystérectomie.

Nous nous réservons d'étudier, plus loin s'il y a lieu de conserver le principe de l'hystérectomie et d'examiner éventuellement les conditions dans lesquelles on pourra l'adopter.

CHAPITRE II

Hémorragies sans rétention placentaire par infection

Parmi les 15 observations que nous rapportons dont 8 proviennent de la Clinique Baudelocque, trois concernent des malades qui ont guéri spontanément (observ. XX, XXI, XXII), aucune exploration intra-utérine n'a été faite, mais ces jeunes femmes hospitalisées à la Clinique, observées avec soin, n'ont jamais présenté d'expulsion spontanée de fragment placentaire.

Dans sept cas, il a été procédé à une exploration intra utérine et deux fois l'examen microscopique des débris ramenés a été fait (obs. XXIII, XXIV).

Enfin, dans cinq cas, l'examen anatomo-pathologique des pièces opératoires ou des pièces d'autopsie a été pratiqué : observ. XV, XVI, XVII, XVIII, XXVIII.

ETIOLOGIE

L'étude de nos observations montre que ces hémorragies sont survenues :

5 fois chez des primipares,

5 fois chez des secondipares,

5 fois chez des multipares.

I. Il ne semble donc pas que la *parité* joue un rôle quelconque dans l'apparition de cette complication des suites de couches.

II. *Les antécédents* tant pathologiques qu'obstétricaux ne nous ont rien révélé de bien particulier.

Ce n'est que dans les antécédents immédiats, au cours de la grossesse dont l'accouchement s'est compliqué que nous avons retenu quelques faits.

Deux fois, il s'est produit des hémorragies dans les quinze jours qui ont précédé l'accouchement. Ces hémorragies pouvaient être attribuées à une insertion du placenta sur le segment inférieur.

Une fois la femme avait présenté de l'albuminurie au cours de la gestation.

III. *Les accouchements* ont été normaux huit fois sur quinze.

Sur les sept accouchements ayant présenté des particularités, nous avons relevé :

Trois accouchements prématurés (observ. XVII, XIX, XX).

Un accouchement au cours duquel une hémorragie par insertion basse a nécessité la rupture artificielle des membranes (observ. XVIII).

Un accouchement terminé par une application de forceps en O. P. pour souffrance foetale (observ. XXVI).

Un cas où il existait de l'albuminurie avec oedème des membres inférieurs (observ. XXI).

Enfin, un cas de travail prolongé avec infection ovulaire, mort du foetus et terminaison de l'accouchement par embryotomie.

IV *La délivrance* a été normale dans dix cas sur quinze.

Cinq fois cependant nous avons noté des incidents.

Une hémorragie légère de la délivrance dans deux observations (observ. XVIII, XXIII).

Des membranes dissociées (observ. XIX).

Une élévation thermique à 38°4 immédiatement après l'accouchement (observ. XXV).

Une délivrance artificielle en milieu infecté (observation XXIX).

ETUDE CLINIQUE

A. *Etat avant l'hémorragie.*

I. — Avant l'apparition de l'hémorragie, l'état des femmes est relativement bon.

Un certain nombre ont eu des suites de couches tout à fait normales, sans la moindre élévation thermique.

A ce groupe appartiennent les observations : XV, XVI, XXIII, XXVI, XXVII.

Mais on relève des suites de couches fébriles pour la plupart des cas : XVIII, XX, XXI, XXII, XXIV, XXV, XXVIII, XXIX.

Ainsi 8 fois il y avait de la fièvre avant la première hémorragie.

6 fois, la température était normale.

Une fois, rien n'a été signalé (observ. XVII).

L'intensité a été valable, depuis les élévations thermiques les plus légères jusqu'à des températures atteignant 40°.

Dans un de nos cas, la température s'élevait à peine à 37°5 mais le pouls était rapide à 100. La cause de cette tachycardie s'est révélée dans la suite par l'apparition d'une embolie pulmonaire, puis d'une phlegmatia alba dolens, du membre inférieur gauche.

II. — L'examen de l'abdomen ou de l'appareil génital n'a donné de renseignements que dans un très petit nombre de cas.

Dans les observations XVIII et XXIX il existait des douleurs abdominales.

Dans l'observation XX, il a été noté au cours des suites de couches, tout d'abord de l'antéflexion utérine avec

rétention de lochies purulentes ensuite des signes d'un phlegmon du ligament large.

Dans l'observation XXIX un col perméable et des lochies purulentes au 4e jour. Le plus souvent aucun signe local n'a été remarqué.

B. *Date d'apparition de l'hémorragie.*

Il n'est aucune règle dans la date d'apparition de l'hémorragie.

Les hémorragies secondaires par infection peuvent être précoces, se montrer dès le quatrième jour (observ. XXI) ou au contraire tardives. La plus tardive que nous ayons eu l'occasion d'observer s'est produite le 19e jour après l'accouchement.

Deux hémorragies se sont produites avant le cinquième jour et sont précoces (suivant la classification de commandeur) :

4e jour : observ. XXI,

5e jour : observ. XXV.

Onze ont débuté après le 5e jour et sont des hémorragies secondaires tardives :

6e jour : observ. XXVII, XXIX, XVIII,

7e jour : observ. XXVIII,

8e jour : observ. XIX, XXVI,

9e jour : observ. XVI, XXIII,

10e jour : observ. XXIV,

15e jour : observ. XVII,

19e jour : observ. XV, XX.

C. *L'hémorragie.*

I. *Les caractères de l'hémorragie* par infection utérine n'offrent aucun caractère spécial :

1° Quelquefois ce sont d'abord des hémorragies légères (expulsion de quelques caillots) qui se répètent avec

intervalles de 2 à 3 jours et peuvent devenir très graves dans la suite.

A ce type appartient l'observation XVIII dans laquelle l'hémorragie d'abord légère au 6e jour, s'est répétée le 9e jour, puis le 14e, revêtant alors, un haut caractère de gravité.

2° Les hémorragies quand elles sont légères au début deviennent graves ultérieurement d'une façon assez rare (observ. XIX, XX, XXII).

3° Le plus habituellement les hémorragies par infection sont des hémorragies d'apparition brusque, elles sont importantes d'emblée.

a) Elles peuvent mettre immédiatement ou rapidement en danger la vie de la femme : observ. XVI, XVII, XXIV, XXV, XXVII, XXVIII, XXIX.

b) Bien qu'abondantes, elles peuvent n'être pas immédiatement menaçantes. Elles ne deviennent graves que lorsqu'elles se répètent : observ. XV, XVII, XXVI.

II. — *L'apparition de l'hémorragie s'accompagne ordinairement de fièvre.*

Dix des cas que nous rapportons présentaient de la fièvre atteignant ou dépassant 38° : observ. XV, XVII, XVIII, XX, XXI, XXIII, XXIV, XXV, XXVIII, XXIX.

Dans deux cas, les malades étaient subfébriles : observ. XVI, XXII.

Dans les autres cas, l'hémorragie n'a pas été suivie d'élévation thermique.

Enfin dans l'observation XIX le curage a été fait immédiatement après l'hémorragie et la température n'a pas été notée.

Si nous comparons les symptômes fébriles avant et après l'apparition de l'hémorragie nous nous rendons compte que toutes les observations (8) dans lesquelles il a été noté des symptômes fébriles avant l'hémorragie en ont eu après :

Un certain nombre de cas dans lesquels il n'y avait pas de fièvre avant en ont eu après : observ. XV, XXIII.

Trois fois seulement il n'y eut de fièvre, ni avant, ni après : observ. XXVI, XXVII, XVI.

Dans deux cas, nous n'avons pas de renseignements.

III. — *L'aspect du sang ne présente aucune particularité qui permette de différencier ces hémorragies des hémorragies dûes à une autre cause.*

L'hémorragie est constituée par du sang mélangé de caillots.

Assez souvent l'aspect noirâtre de ce sang a été noté (4 observations).

IV. — *Les signes utérins* sont banaux :

Augmentation de volume de l'utérus ; col entrouvert, tels sont les signes que nous relevons dans quelques observations.

1) L'utérus est augmenté de volume dans des proportions importantes. Le fond utérin atteint jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic : observ. XV, XVII, XVIII, XXIII, XXIV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX.

Ces dimensions sont observées quelquefois tardivement, à une époque où normalement l'utérus a disparu depuis longtemps derrière la symphyse pubienne : observation XV (19e jour), utérus à trois travers de doigt de l'ombilic.

2) L'utérus est mou mal perceptible : observ. XIX, XXIII, XXIX.

3) Le col est entrouvert, souvent béant permettant l'introduction de un ou plusieurs doigts dans la cavité utérine : observ. XV, XVI, XIX, XXIII, XXIV.

4) On peut trouver des signes d'infection péri utérine, signes de phlegmon du ligament large (observ. XX), signes d'annexite : observ. XV.

5) Lorsque l'exploration intra utérine ou un curage

digital a été pratiqué, diverses constatations ont pu être relevées : la cavité utérine a été trouvée agrandie. Elle était vide (observ. XXVI). Elle était remplie de caillots, observ. XIX, XXIX.

La surface de l'aire placentaire était irrégulière : observ. XVII, XXIV, XXV, XXVII, XXVIII.

A son niveau, on sentait de petits débris pédiculés auxquels étaient appendus des caillots : observ. XXIV.

Dans deux cas (observ. XV, XVIII), l'exploration intra utérine n'a pas été faite.

*
**

EVOLUTION — TRAITEMENT

Sur la totalité des cas d'hémorragies par infection sans rétention placentaire, sur quinze cas :

12 cas ont guéri.

3 cas ont été mortels.

Nous étudierons successivement pour ces deux classes, évolutives de cas, la date d'apparition des hémorgies, leur importance, les conditions dans lesquelles se trouvaient les femmes avant l'hémorragie, la nature et la date de l'intervention pratiquée.

Enfin les résultats obtenus.

A. — Cas de guérison.

I. — *Date d'apparition de l'hémorragie.*

L'hémorragie a apparu à une date variable dans les cas qui ont guéri.

Au 4e jour : observ. XXI,

Au 5e jour : observ. XXV,

Au 6e jour : observ. XVIII, XXVII, XXI,

Au 8e jour : observ. XIX, XXVI,

Au 10e jour : observ. XXIV,
Au 16e jour : observ. XXII,
Au 19e jour : observ. XV, XX.

II. — *Abondance de l'hémorragie.*

Dans quatre des cas de guérison, l'hémorragie a été légère : observ. XVIII, XIX, XX, XXII.

5 fois elle a été plus abondante : observ. XV, XXI, XXIII, XXVI, XXVII.

Enfin dans trois cas, elle a été très importante : observ. XXIV, XXV, XXIX.

III. — *Nature de l'intervention.*

Le curage simple a été pratiqué une fois : observ. XIX.

Le curage suivi de tamponnement simple à la gaze stérile une fois : observ. XXIX.

Le curage suivi de tamponnement avec de la gaze imbibée de filtrat streptococcique quatre fois : observ. XXIV, XXV, XXVI, XXVII.

Deux fois on a pratiqué un curettage : observ. XVI, XXIV.

Enfin l'hystérectomie a été le traitement adopté dans deux cas : observ. XV, XVIII.

IV. — *Signes infectieux avant l'intervention.*

Les trois cas de guérison spontanée ont été fébriles (dans l'un la fièvre était très légère).

Les autres malades présentaient de la fièvre avant l'intervention atteignant ou dépassant 38° : observ. XV, XVIII, XXIII, XXIV, XXV, XXIX.

Dans l'observation XVIII en particulier la température était à 38°5, 39°, le pouls 120-130 et il existait des lochies fétides.

Dans l'observation XXIX, la température atteignait 39°6, le pouls 160.

Il n'y avait pas de fièvre dans les observations : XXVI et XXVII.

V. — *Date de l'intervention.*

Le curage ou curettage ont été pratiqués le jour même de l'hémorragie, observ. XIX, XXV, XXVII, XXIX.

Le lendemain dans l'observation XXIV.

Deux jours après dans l'observation XXVI.

Neuf jours après, le 18e jour après l'accouchement : observ. XXIII.

L'hystérectomie a été faite : le 26e jour, sept jours après la première hémorragie (observ. XV).

Le 19e jour, 13 jours après l'hémorragie (observ. XVIII).

Dans ces 2 cas l'hystérectomie a été pratiquée sur les indications suivantes : Hémorragies répétées ayant entraîné un état d'anémie grave et signes fébriles associés.

VI. — *Suites opératoires*

a) *Pour les cas traités par intervention intra utérine.* Elles ont été simples dans un cas : observ. XXIII.

Il y eut amélioration des symptômes généraux la temrature s'abaissa rapidement, mais l'hémorragie persista sous forme d'un suintement jusqu'au 16e jour. A ce moment une injection d,hypophyse pendant trois jours consécutifs, la fit cesser définitivement.

Dans un cas, observation XXV, les signes généraux qui existaient avant le curage n'ont pas été aggravés.

Tous les autres cas ont présenté à la suite de ces interventions des signes de réaction.

Les cas dans lesquels il n'y avait pas de signes géné-

raux avant l'opération en ont présenté après : observation XXVII, XXVIII.

Ceux qui en présentaient avant en ont présenté de plus marqués : observ. XXIV, XXIX.

a) *Pour les cas traités par hystérectomie*, l'observation XV (hystérectomie vaginale) a donné lieu à une hémorragie lors de l'ablation des pinces.

Dans l'observation XVIII, les suites opératoires ont été fébriles pendant longtemps. L'état général est resté précaire avec grosse anémie. L'amélioration n'a commencé à être nette qu'au 24e jour après l'opération et il a été nécessaire de faire plusieurs transfusions.

B. — Cas de mort.

Trois cas de mort.

I. — *Date d'apparition de l'hémorragie.*

Le 7e jour : observ. XXVIII.
Le 9e jour : observ. XVI.
Le 15e jour : observ. XVII.

II. — *Abondance.*

Dans deux cas elle a été importante : observations XVI, XVII.

Dans un cas d'une abondance extrême : XXVIII.

III. — *Nature de l'intervention.*

Dans les trois cas on a fait des interventions intra utérines :

Observ. XVI, curetage et curage.

Observ. XVII curage.

Observ. XXVIII curage suivi de tamponnement au filtrat streptococcique.

IV. — *Signes infectieux avant l'intervention.*

Deux fois il existait de la fièvre : température 38°-39° (observ. XVII) ; température à 39°6 avec pouls à 140. (Observ. XXVIII).

V. — *Date de l'intervention.*

Observ. XVI, le 9e jour, immédiatement après la première hémorragie.

Observ. XVII, 2 jours après l'apparition de l'hémorragie, le 17e jour.

Observ. XXVIII, le 7e jour, aussitôt après la première hémorragie.

VI. — *Suites opératoires.*

Dans un cas (observ. XVI) la mort s'est produite par répétition de l'hémorragie :

Cinq heures après le curettage, l'hémorragie s'est reproduite et la mort est survenue par anémie aigüe.

Dans les deux autres cas, le curage a été le point de départ d'un état septicémique :

Dans l'observ. XVII on a tenté une hystérectomie in extremis » mais la mort est survenue 7 jours après le curage.

Dans l'observation XXVIII la mort a été beaucoup plus tardive le 50e jour.

En résumé : L'étude de l'évolution et les divers traitements appliqués aux hémorragies secondaires par infections nous renseigne sur la gravité de ces hémorragies.

A la clinique Baudelocque sur 8 cas, il y a eu 2 morts.

Cette étude montre les difficultés que l'on peut avoir à traiter de telles hémorragies.

Nous reprendrons ce point particulier de traitement dans la suite de ce travail.

***

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomique des pièces opératoires ou d'autopsie provenant de cas d'hémorragies secondaires par infection, sans rétention placentaire fournit des renseignements importants.

I. — *Anatomie macroscopique.*

Le fait le plus frappant est qu'à l'ouverture de l'utérus la cavité est vide.

C'est là, la constatation qui a été faite dans tous les cas où l'on est intervenu soit par curage digital, soit par hystérectomie. L'utérus est d'aspect blanchâtre, lavé. Sa cavité est quelquefois agrandie. Au niveau de l'aire placentaire, il existe quelquefois de petites saillies brunâtres répondant à des vaisseaux thrombosés (observ. XVI).

En général, on ne constate aucune lésions apparente ni du muscle, ni de la muqueuse utérine.

L'utérus est libre, sans lésions inflammatoires péri-utérines.

Dans l'observation XV, il existait cependant un pyosalpinx gauche, et dans l'observation XVII de la thrombose des pédicules vasculaires.

Dans un cas (observation XXVIII), l'examen de la pièce opératoire a été complètement négatif ; l'utérus était petit et avait subi l'involution normale.

II. — *Anatomie microscopique.*

Nous n'avons pu examiner personnellement au point de vue microscopique que quatre cas d'hémorragies secondaires par infection : Observ. XV, XVI XVII, XVIII.

L'examen histologique a donné les renseignements suivants :

OBSERVATION XV

A. — Au niveau de l'aire placentaire.

1. La muqueuse est en voie de reconstitution. Les culs de sacs glanduliformes ont un épithélium cubique normal, dont les cellules sont ciliées par places. Ces culs de sac sont entourés de tissu conjonctif jeune.

Le chorion n'est pas complètement recouvert par l'épithélium. Il est envahi de leucocytes.

2. Au-dessous se trouve une zône hémorragique épaisse, constituée d'amas de couches de fibrine alternant avec des espaces remplis d'hématies.

On reconnaît encore la lumière de quelques vaisseaux thrombosés dans cette masse.

Cette zône présente *une infiltration énorme par des leucocytes polynucléaires.*

3. Au-dessous se trouve la couche musculaire où les fibres lisses sont en régression, et le tissu conjonctif interfasciculaire est très développé.

Les vaisseaux y sont thrombosés et autour d'eux existent des foyers très étendus d'infiltration leucocytaire.

Le muscle proprement dit présente de l'œdème qui dissocie les fibres musculaires lisses, mais ne présente qu'une inflitration leucocytaire discrète.

B. — En dehors de l'aire placentaire.

1. La muqueuse est en voie de régression plus marquée, mais ne recouvre pas encore tout le chorion.

Dans les parties de chorion non encore recouvertes, on trouve :

DANS L'OBSERVATION XVI

Lésions inflammatoires importantes de la paroi utérine.

La muqueuse n'est pas visible, enlevée probablement au cours du curettage fait quelques heures avant la mort de la femme.

Le muscle utérin est infiltré de nombreux leucocytes polynucléaires. Il y a de l'œdème de la paroi utérine. Les fibres musculaires sont, par endroits, complètement dégénérées.

Les vaisseaux sont thrombosés.

DANS L'OBSERVATION XVII

La muqueuse utérine est profondément altérée, ne se présentant que sous forme de quelques rares tubes glandulaires.

Le chorion est recouvert par un mélange d'éléments sanguins (hématies en petit nombre, leucocytes polynucléaires, neutrophiles très nombreux, lymphocytes), et de débris de muqueuses desquamés.

Le chorion est congestionné.

La couche musculaire est normale.

Outre les lésions inflammatoires utérines, il existait des lésions infectieuses du pédicule utéro ovariens au niveau duquel les grosses veines étaient thrombosées.

DANS L'OBSERVATION XVIII

La muqueuse est en mauvais état. Sa régénération peu avancée.

Le chorion de la muqueuse est infiltré de leucocytes, mais c'est une infiltration légère.

Il existe de nombreux vaisseaux thrombosés.

Certains d'entre eux paraissent être thrombosés plus récemment, leur thrombose ne correspondant pas à la date de l'accouchement.

La musculeuse, présente une infiltration très discrète, plus légère encore que celle du chorion muqueux.

La recherche du micro-organismes sur les coupes a été négative.

DANS L'OBSERVATION XXVIII

L'examen de l'utérus prélevé au cours de l'autopsie montre une infiltration globale de la paroi utérine par des éléments inflammatoires nombreux.

Par places, des hémorragies interstitielles.

Enfin, endartérite oblitérante extrêmement intense.

De l'étude histologique de ces cinq observations, nous pouvons tirer un certain nombre de lésions communes à tous les cas d'hémorragies par infection sans rétention placentaire.

Les divers examens nous montrent des lésions inflammatoires parfois considérables.

La muqueuse utérine est plus ou moins altérée. Sa regénération est retardée. Elle est réduite quelquefois à quelques sacs glandulaires.

Le chorion de la muqueuse dans les parties non recouvertes d'épithélium est infiltré d'éléments polynucléaires.

Au-dessous se trouve au niveau de l'aire placentaire *une zône hémorragique* avec des parties formées de caillots en voie d'organisation, et des parties formées d'amas d'hématies peu altérées (zone d'hémorragie récente).

Au-dessous *la musculeuse* présente parfois un peu d'oedème avec infiltration discrète, surtout localisée au voisinage des vaisseaux.

Les fibres musculaires elles-mêmes peuvent être altérées, et complètement dégénérées.

*
**

ETUDE MICROBIOLOGIQUE

Les recherches bactériologiques dans les cas d'hémorragie par infection ont été le plus souvent positives quand elles ont été pratiquées.

Observ. XV, XXIII, XXIV, XXVII, XXVIII.

Une seule fois les prélèvements utérins, malgré des ensemencements nombreux sur les différents milieux de culture habituels, ont été négatifs : observation XVIII. Les cas étudiés avant nous au point de vue bactériologique (XV-XXIV-XXVII-XXVIII ont donné les résultats suivants :

Observ. XXIV.

Un premier prélèvement de lochies fait avant tout traitement intra utérin a montré la présence de streptocoque en culture pure. Un second prélèvement fait trois jours après le premier prélèvement intrautérin, a montré la présence de streptocoque, associé au bacillus cutis communis.

Observ. XXVII.

Le prélèvement intra utérin de sérosité fait deux jours après le premier tamponnement a montré la présence de streptocoque en culture pure.

Observ. XXVIII.

L'examen de la sérosité utérine avant tout traitement a permis de déceler du streptocoque et des bacilles gram positif.

Observ. XV.

Des prélèvements utérins ont été faits sur la pièce opératoire recueillie aseptiquement.

On a pu découvrir du streptocoque à l'état de pureté.

Le pus du pyosalpinx outre le streptocoque, contenait du staphylocoque blanc.

La seule observation que nous ayons eue l'occasion d'étudier au point de vue bactériologique est l'observation XXIII.

Suivant la technique habituelle, nous avons prélevé la sérosité intra utérine à l'aide d'une forte pipette, après avoir placé la femme dans la position gynécologique.

Nous nous servons de deux valves et après désinfection du col utérin à la teinture d'iode, nous prélevons directement au fond de la cavité utérine un peu de sérosité.

Notre prélèvement est immédiatement ensemencé sur deux tubes :

L'un de bouillon ordinaire.

L'autre de gélose ordinaire.

C'est à partir de ces deux tubes que nous pratiquons les ensemencements sur divers milieux pour isolement des germes.

Nos isolements ont été faits par ensemencements sur gélose ascite, sur gélose au sang, et sur huit tubes de gélose profonde.

En outre, nous avons pratiqué des cultures en eau peptonée sucrée.

Au bout de quatre jours de tous les tubes deux seulement ont poussé.

Un tube de bouillon ordinaire qui s'est troublé avec un dépôt au fond du tube.

Un tube de gélose profonde qui contient une colonie biconvexe à la surface, granuleuse à bords irréguliers, ayant un bourgeon sur une de ses faces.

La coloration gram-fuchsine d'une gouttelette de bouillon étalée et fixée sur une lame a montré des cocci en amas gram positif.

La même coloration d'un prélèvement de la colonie anaérobie nous a montré des éléments bacillaire peu allongés prenant fortement le Gram.

Divers isolements successifs en gélose profonde, et sur les divers milieux, en particulier les milieux sucrés, nous ont permis d'identifier le germe comme un b. cutis communis.

Il donne des colonies dans toute la hauteur des tubes de gélose profonde aussi bien dans la zône d'aérobiose que dans la zône d'anaérobiose.

Les colonies sont mieux développées près de la surface du tube.

Elles ont un aspect étoilé.

Sur gélose ascite, les colonies sont isolées, souvent irrégulièrement arrondies, visqueuses, légèrement surélevées, non ombiliquées.

Elles rappellent l'aspect des cultures de staphylocoques blancs.

Après coloration gram-fuchsine, on se rend compte qu'il s'agit de germes à forme bacillaire prenant fortement le Gram. Ces germes ont des bouts arrondis et leurs extrémités sont légèrement plus larges que leur partie moyenne.

Ils sont rangés en palissade et affectent l'allure de bacilles d'Hoffmann.

Les cultures sur gélose ordinaire ont le même aspect.

Il en est de même sur les milieux sucrés.

Il fait fermenter la saccharose et la fait virer en rouge.

Il pousse en eau peptonée sucrée, en donnant une culture abondante : trouble uniforme, légèrement opalescent, avec dépôt au fond du tube et collerette à la surface.

La culture en bouillon est beaucoup moins riche.

La recherche de la virulence des germes a été négative.

Deux souris, un cobaye, un lapin ont reçu respectivement 1/2 c. c., 1 cc., 2cc., 2 cc., de culture en injection

sous cutanée ; aucun de ces animaux n'a présenté de réaction.

De même la recherche des propriétés hémolytiques a été négative.

Nous avons recherché qu'elle pouvait être l'action de la toxine du germe sur la coagulation du sang.

Nous avons poursuivi nos expériences sur le lapin.

Nos recherches sur la coagulation « in vitro » en mettant en présence du sang de lapin et des doses variables de filtrat ne nous ont pas donné de résultats très appréciables.

De même pour la recherche de l'action de la toxine in vivo.

Le sang prélevé à la carotide primitive deux heures après l'injection intraveineuse de 10 c. c. de filtrat se coagule en 14 minutes 15 secondes.

Il nous a paru que le sang avait mis plus longtemps à se coaguler dans ce cas :

Nous avions déjà obtenu une coagulation complète du sang normal en 9 minutes, 30 secondes.

Nous avons recherché aussi quelle pouvait être l'action du filtrat des cultures du b. cutis communis sur la fibrine humaine.

Un fragment de fibrine mis en présence de 5 c. c. de filtrat et placé à l'étuve est lysé complètement en 48 heures.

Cette propriété fibrinolytique a persisté pendant des mois.

Cette propriété nous a paru intéressante à rapporter. elle peut dans une certaine mesure expliquer la production de certaines métrorragies.

L'action fibrinolytique du filtrat persiste malgré un chauffage à l'étuve à 65°, elle est détruite par un chauffage à 80° pendant une demi-heure.

Nous avons essayé de vacciner des lapins avec le filtrat de nos cultures, mais nous n'avons pas eu de résultats bien nets.

Le sérum des lapins vaccinés nous avait paru avoir une réaction antifibrinolytique, mais dans nos dernières expériences, le sérum d'un lapin normal présentait les mêmes propriétés.

En résumé, l'étude bactériologique de cette observation nous a permis d'isoler un bacille cutis communis, auquel nous avons reconnu une propriété fibrinolytique, et dont la toxine paraît avoir « in vivo » une action de retard sur la coagulation du sang.

L'étude analytique des observations d'hémorragies secondaires par infraction nous a permis de noter un certain nombre de points importants :

1° La gravité de certaines de ces hémorragies ;

2° L'importance des signes infectieux au cours de leur évolution, à partir du moment où se produit l'hémorragie, aussi bien qu'avant ce moment ;

3° L'état d'infection de toute la paroi utérine avec localisation prédominante au niveau du chorion muqueux ;

4° La présence fréquente, mais non exclusive du streptocoque.

Nous étudierons dans la deuxième partie de ce travail les divers modes de traitement, nous efforçant de rechercher quel est parmi eux le plus rationnel.

DEUXIÈME PARTIE

ETUDE D'ENSEMBLE DES HÉMORRAGIES SECONDAIRES DU POST-PARTUM

Le but de la longue étude analytique de nos observations est d'individualiser les différentes formes cliniques des hémorragies secondaires du post-partum et de dégager les notions de pronostic et de thérapeutique qui constituent l'intérêt pratique de ce travail.

Le petit nombre de nos cas, ne saurait nous permettre une étude définitive de cette question.

Néanmoins, en confrontant nos deux séries d'observations, nous pouvons tenter d'en esquisser les grandes lignes.

Etant avéré qu'il existe au moins deux variétés pathogéniques différentes d'hémorragies secondaires :

les unes liées à une rétention placentaire ;

les autres liées à des lésions locales

que nous avons cru devoir rapporter à une infection, les problèmes qui se posent immédiatement au point de vue pratique sont au nombre de trois :

un problème de diagnostic ;

un problème de pronostic ;

un problème thérapeutique.

I. LE DIAGNOSTIC.

Si l'on se rapporte à l'étude analytique très détaillée que nous avons faite des deux variétés d'hémorragies secondaires, on ne peut manquer d'être frappé par la simulitude des deux tableaux cliniques qui accompagnent les uns et les autres.

1° Les antécédents immédiats ne sont capables de nous renseigner que très rarement.

Nos observations d'hémorragies secondaires par rétention placentaire mentionnent souvent : membranes incomplètes, placenta déchiqueté.

Il y a eu parfois une légère hémorragie de la délivrance, et il est certain que cette association : hémorragie de la délivrance, placenta déchiqueté, constitue dans les commémoratifs un élément de présomption important pour la diagnostic étiologique d'une hémorragie secondaire.

Mais, il faut reconnaître que cet élément se rencontre rarement et que s'il a quelque valeur quand il est présent, son absence ne peut rien signifier.

2° La date d'apparition de l'hémorragie nous permettra, moins encore que l'étude des antécédents, de classer une hémorragie secondaire dans un groupe ou dans l'autre.

Les hémorragies apparaissent aussi bien tardivement que précocement. C'est le plus souvent au cours ou après la deuxième semaine qu'elles surviennent (7 fois sur 11, pour les hémorragies avec rétention, 3 fois sur 15 pour les hémorragies sans rétention).

Et ces faits infirment nettement l'opinion de Commandeur pour qui les rétentions placentaires donnant lieu à des hémorragies, restent rarement latentes pendant plus de sept jours ; de sorte que les hémorragies

survenant après le quinzième jour sont ordinairement liées à une inflammation de la muqueuse utérine.

Les document que nous avons recueillis ne nous permettent pas d'attribuer à la date d'apparition de l'hémorragie une importance diagnostique de cette nature.

3° La symptomatologie est identique dans les deux classes d'hémorragies.

a) Les symptômes qui précèdent l'hémorragie peuvent être également les mêmes dans les deux cas :

les signes fébriles sont aussi accentués dans une forme que dans l'autre ; de même l'aspect purulent des lochies est noté dans les deux groupes.

b) Les métrorragies peuvent apparaître exactement de la même façon :

être légères au début et se répéter dans la suite pour devenir graves, par leur abondance accrue ou leur persistance excessive ;

ou bien au contraire, elles peuvent être d'apparition brusque et se montrer d'emblée assez profuses pour menacer en quelques heures, la vie des malades.

c) On pourrait s'attendre à relever des signes physiques différents, et en particulier à trouver un col béant dans le cas de rétention placentaire, et en voie de fermeture normale dans le cas où la cavité utérine ne renferme pas de débris.

Il n'en est rien.

L'utérus est gros et le col peut être entrouvert dans les deux cas ; du moins en est-il ainsi dans les observations qui mentionnent l'état du canal cervical.

Arrivés, au terme de l'étude critique des différents symptômes des hémorragies secondaires du post-partum, nous sommes obligés de reconnaître qu'aucun d'entre eux n'est capable d'orienter réellement le diagnostic

différenciel entre les deux groupes dont la pathogénie est cependant si différente.

d) Un seul élément nous reste ainsi, pour différencier cliniquement les deux catégories d'hémorragies secondaires : c'est l'exploration intra utérine, et cette exploration mérite de nous arrêter longuement, tant pour discuter de l'opportunité de ce mode d'exploration que pour discuter les renseignements qu'il est susceptible de fournir.

A priori, on peut considérer que l'exploration intra utérine doit livrer facilement le signe pathognomonique : la constatation directe de la présence ou de l'absence de débris de placenta.

L'étude de nos observations est loin de confirmer cette supposition logique. Cette exploration a été faite un certain nombre de fois, et elle a pu faire commettre des erreurs.

Au travers d'un col qui laisse parfois difficilement passer un doigt, l'exploration de la cavité utérine ne s'effectue pas sans quelques difficultés.

De plus, les sensations recueillies par le doigt sont d'une interprétation assez souvent malaisée : dans le cas de rétention placentaire, le fragment peut être petit, et être pris pour une irrégularité de l'aire placentaire, ou bien, dans certaines hémorragies par infection, on sent une aire placentaire irrégulière avec des caillots appendus au niveau des papilles » qui hérissent sa surface, et l'on peut croire avoïr affaire à une rétention placentaire qui n'existe pas.

Dans certains cas de ce genre, on a pu pratiquer, un curettage pour extraire une masse prise, au toucher intra utérin pour un fragment placentaire, et qui examinée histologiquement ne contenait pas de villosités mais des fibres musculaires lisses.

Ce sont là des erreurs dont il ne faut ni augmenter, ni diminuer la portée.

Incontestablement le toucher intra utérin donne des renseignements précieux, et le seul fait à retenir est que ces renseignements n'ont pas la valeur absolue qu'on pourrait être tenté de leur accorder.

L'exploration intra utérine donne donc un signe qui n'est pas un signe pathognomonique et dont il y a lieu de faire la critique avant de l'admettre comme une preuve définitive de la présence ou de l'absence de débris placentaires dans l'utérus.

Sous ces réserves, l'exploration intra utérine est intéressante, et nous devrions conclure qu'elle représente le grand procédé d'examen des femmes atteintes d'hémorragies secondaires.

En réalité, cette conclusion ne s'impose pas car un point d'une importance capitale nous reste à discuter : *L'exploration intra utérine est-elle toujours inoffensive ?* Certainement non.

Nous avons la chance de posséder à ce point de vue une observation (XI) qui a la valeur d'une véritable expérience :

Cette observation que nous avons citée déjà, sans y insister, concerne une femme qui présente plusieurs hémorragies importantes à partir du 22e jour des suites de couches.

Cette femme, arrivée à la Clinique avec tous les signes généraux d'une hémorragie importante, n'avait à peu près pas de fièvre.

Or, chez cette malade, l'exploration intra utérine qui avait cependant été faite avec des précautions extrêmes, pour ne pas traumatiser la muqueuse, a déclanché une brusque poussée d'infection. Un frisson survint, dans

les quelques heures qui suivirent la température s'éleva d'emblée à 39°6, l'état général s'altéra rapidement et l'on pratiqua sans plus attendre une hystérectomie qui fut suivie de succès.

Dans ce cas, l'influence néfaste du toucher intra utérin, n'est pas niable, et les conditions parfaites dans lesquelles il a été exécuté par un opérateur, dont l'attention était spécialement attirée sur les risques possibles, donnent à cette observation une valeur toute particulière.

Est-ce à dire qu'il faille rejeter complètement ce mode d'exploration ; seul susceptible de permettre la distinction entre les hémorragies avec ou sans rétention ? Non.

Il nous parait indubitable qu'il y a lieu de réagir contre la facilité avec laquelle, en présence de cas de ce genre, les anciens auteurs conseillaient de pénétrer dans l'utérus, pour en explorer la cavité.

Il nous semble logique de restreindre l'étendue de ces explorations. Pour que le toucher intra utérin soit légitime nous pensons qu'il faut s'être décidé au préalable à adopter la thérapeutique intra utérine.

Bornons-nous, pour l'instant à signaler son danger et après avoir discuté la valeur des renseignements qu'il fournit, considérons que s'il y a lieu de l'employer quelquefois, c'est dans des cas déterminés et dans des conditions précises que nous exposerons, en parlant de la conduite à tenir.

Nous sommes donc contraints de conclure que le diagnostic clinique entre les deux variétés d'hémorragies secondaires du post-partum, si l'on fait abstraction de l'exploration intra-utérine dont la pratique systématique est à rejeter, et qui au surplus ne donne pas des renseignements de valeur absolue, est impossible.

Ni la date d'apparition, ni l'allure de l'hémorragie, ni l'étude des phénomènes cliniques qui l'accompagnent ne nous donnent la solution.

Ce n'est que dans les rares cas où un incident de délivrance associé à un aspect déchiqueté du placenta et des membranes peuvent être relevés dans les antécédents qu'une présomption, en faveur d'une rétention sera permise, présomption trop fragile d'ailleurs pour présenter une utilité pratique.

*
**

II. LE PRONOSTIC.

Le diagnostic serait pourtant d'une utilité incontestable, pour permettre le pronostic et une thérapeutique appropriée.

En considérant nos deux variétés d'hémorragies, on ne peut manquer d'être frappé par la différence de gravité :

Si nous envisageons seulement les cas de la Clinique Baudelocque :

Sur 11 cas d'hémorragies par rétention placentaire : 5 morts, 6 guérisons.

Sur 8 cas d'hémorragies par infection : 2 morts, 6 guérisons.

Si nous envisageons l'ensemble de nos cas nous obtenons les résultats suivants :

Sur 14 cas d'hémorragies par rétention placentaire : 6 morts, 8 guérisons.

Sur 15 cas d'hémorragies par infection : 3 morts, 12 guérisons.

La simple comparaison des chiffres nous permet d'attribuer une gravité beaucoup plus grande aux hémorragies par rétention placentaire.

Néanmoins, bien que beaucoup moins graves que les hémorragies par rétention placentaire, les hémorragies par infection ont une gravité sérieuse puisque sur 5 femmes atteintes il y a une mort. Le pronostic nous semble donc plus grave pour les hémorragies par rétention placentaire, mais notre statistique est trop peu importante pour nous permettre d'ériger une loi générale, en partant de ces cas particuliers.

Seul nous apparaît intéressant à considérer le facteur infection précédent ou accompagnant l'hémorragie.

Ce facteur nous semble surtout important dans les cas d'hémorragies abondantes.

Lorsqu'une hémorragie grave survient au cours d'un état infectieux manifeste, elle est souvent suivie de septicémie à évolution rapide.

La guérison est observée d'une façon assez courante dans des hémorragies légères apparues au cours d'un état infectieux.

Ces faits résultant de l'étude de nos observations, confirment la notion classique : à savoir la sensibilité toute particulière des hémorragiées à l'infection.

Il y a lieu cependant de faire des réserves dans l'opinion que nous avançons, car le mode de traitement, en particulier les méthodes intra utérines ont pu modifier dans de sérieuses proportions l'évolution des différents cas.

De tout cet exposé, des points nous paraissent ressortir :

1° la gravité plus souvent sérieuse des hémorragies par rétention placentaire que des hémorragies sans rétention.

2° Le pronostic plus grave des hémorragies abondantes accompagnées de signes infectieux manifestes.

Personnellement, nous ne sommes pas enclins, à trop tenir compte de ces observations trop peu nombreuses d'abord et aussi trop disparates.

Le gros facteur, en effet, qui nous paraît dominer le pronostic, c'est le facteur thérapeutique.

*
**

III. LA THERAPEUTIQUE.

Il suffit d'avoir parcouru l'étude analytique détaillée, que nous avons faite de nos documents, pour avoir remarqué la diversité des thérapeutiques employées.

Le flottement dans les principes est évident, non seulement, si l'on considère les méthodes différentes employées par des auteurs différents, mais encore les méthodes variées utilisées par le même auteur suivant les circonstances ou suivant les époques.

Etant donné l'importance de la question, nous rappelons ici les méthodes employées et les résultats.

A. — *Pour les hémorragies par rétention placentaire.* — Une fois pas de traitement, guérison spontanée ;

Interventions Intra-utérines : 9 fois, 5 guérisons, 4 morts ; Quatre hystérectomies : 2 guérisons, 2 morts.

B. — *Pour les hémorragies sans rétention.* — 3 fois il n'y a pas eu de traitement : 3 guérisons.

2 fois un curage : 1 guérison, 1 mort.

2 fois un curettage : 1 guérison, 1 mort.

1 fois un curage avec tamponnement simple : 1 guérison.

5 fois un curage avec tamponnement au filtrat streptococcique : 4 guérisons, 1 mort.

2 fois une hystérectomie : 2 guérisons.

Cette statistique, met en évidence deux points :

1° Il existe incontestablement un certain nombre d'hémorragies secondaires du post-partum, aussi bien parmi celles qui sont liées à une rétention placentaire que parmi celles que nous attribuons à une infection, qui ne nécessitent aucune thérapeutique.

a) Les hémorragies par rétention peuvent cesser d'elles-mêmes par décollement spontané du fragment placentaire, et ce fait heureux s'est produit une fois.

Il y a donc toujours lieu, avant de prendre une décision thérapeutique de rechercher si le débris placentaise, cause des accidents, n'est pas déjà dans le vagin ou dans le col ; cette exploration facile, évitera parfois une intervention inutile.

b) Les hémorragies attribuées à l'infection peuvent aussi, cesser spontanément.

Ce fait est démontré par trois observations de la clinique Baudelocque.

En l'absence d'une atteinte de l'état général on se résolut à l'expectative, et cela d'autant plus volontiers, que quelques jours avant, ou quelques jours après la première hémorragie, des phénomènes infectieux avaient apparu : phlébite ou phlegmon du ligament large.

2° La plupart des cas d'hémorragies ont paru nécessiter une thérapeutique active.

Or, la statistique précédente fait ressortir la valeur contestable de toutes les méthodes thérapeutiques.

Toutes sont grevées, d'une mortalité considérable.

Dès l'instant où, en présence d'une hémorragie secondaire, on s'est cru obligé d'intervenir, les résultats ont été mauvais, quelle qu'ait été l'intervention pratiquée.

Il est donc impossible de tirer une conclusion en se basant sur les seuls faits de cette statistique.

En présence cependant des méthodes thérapeutiques si nombreuses et si diverses dans leurs principes, il est indispensable de choisir ou de fixer au moins éventuellement, autan tqu'il est possible, leurs indications respectives.

Examinons donc successivement la thérapeutique intra utérine, la thérapeutique d'exérèse.

1° Au point de vue des résultats cliniques que nous ont donné des cas strictement comparables.

2° Au point de vue des garanties que ces méthodes peuvent présenter, si l'on tient compte des notions d'anatomie pathologique et de bactériologie que nous avons acquises.

Nous estimons qu'il y a lieu, pour la clarté de l'étude des procédés thérapeutiques que nous allons maintenant entreprendre d'appeler l'attention sur deux points :

1° Le diagnostic clinique, sans exploration intra utérine entre les hémorragies avec et sans rétention placentaire est impossible.

2° Le curage digital ou le curettage qui peuvent être logiquement envisagés comme thérapeutique idéale des hémorragies secondaires par rétention ne saurait être considéré comme représentant le même idéal en présence d'hémorragies sans rétention.

***

THERAPEUTIQUE INTRA UTERINE

I. — *Arguments favorables ou défavorables tirés de l'étude clinique.*

a) En faveur de la thérapeutique intra-utérine, on pourrait cependant invoquer un certain nombre d'arguments :

1° Tout d'abord c'est une thérapeutique simple, qui a le mérite de pouvoir être mise en œuvre, rapidement, dans tous les milieux.

2° C'est une thérapeutique qui ne comporte aucun sacrifice immédiat. La conservation de l'utérus chez une femme jeune est, en effet, un argument de première importance.

3° Il est possible, après les interventions intra utérines de mettre en place un tamponnement vaccinateur local.

M. Lévy Solal a fait ce traitement 5 fois dans des cas d'hémorragies secondaires sans rétention.

On pourrait envisager que cette méthode puisse être employée avec les mêmes résultats dans des cas d'hémorragies par rétention placentaire.

Cet argument deviendrait capital si nous disposions d'une vaccination locale certainement efficace.

4° On pourrait adopter le curettage comme moyen thérapeutique dans les cas d'hémorragies secondaires sans rétention, si l'analogie était complètement établie entre les hémorragies secondaires par infection du post partum et les hémorragies secondaires des plaies de guerre.

Dès le début de la dernière guerre, en effet, notre maître M. Thiéry avait eu l'attention attirée par des hémorragies graves survenant tardivement, en nappe au niveau de plaies gangréneuses.

Le traitement de ces hémorragies était des plus embarrassants, certains auteurs conseillaient la ligature haute des artères, du territoire correspondant. D'autres préféraient des interventions locales.

En particulier, M. le Professeur P. Delbet avait eu d'excellents résultats par curettage du foyer infecté.

Il faut, disait-il, curetter largement et complètement

la plaie, la débarrasser de tous ses bourgeons charnus. Cela saigne beaucoup tant qu'on est dans la couche de ces bourgeons, mais cette zône dépassée, lorsqu'on arrive en tissu sain, l'hémorragie diminue puis s'arrête par un simple tamponnement.

Concluant, donc de l'identité d'étiologie de ces hémorragies, à l'identité de traitement, il semblerait que l'on puisse préconiser : le curettage, dans les hémorragies secondaires du post-partum par infection.

b) *Les arguments que l'on peut apporter contre le curage ou curettage* ont plus de valeur que les arguments invoqués en sa faveur.

Ils sont basés sur une expérience déjà étendue :

1° Dans presque tous les cas où il a été pratiqué une intervention intra-utérine, les phénomènes infectieux ont subi une recrudescence le plus souvent importante ; et ce qui est remarquable, c'est l'apparition de ces phénomènes infectieux, même dans les cas où l'infection était restée jusque là latente.

L'aggravation a souvent été jusqu'à la septicémie très rapidement mortelle. Cette évolution a été surtout observée dans les cas d'hémorragies par rétention placentaire avec infection manifeste.

2° Le curettage s'est montré insuffisant dans certains cas, et l'on a dû recourir secondairement à l'hystérectomie.

Nous possédons trois observations (observ. VIII, XIV, XVII) dans lesquelles l'éventualité précédente s'est trouvée réalisée.

Et des trois malades secondairement hystérectomisées, l'une a guéri, les deux autres sont mortes.

3° Lorsqu'on a appliqué le curettage aux hémorragies sans rétention, la destruction de la muqueuse a bien entrainé le plus souvent l'arrêt de l'écoulement sanguin ; mais dans deux cas, l'hémorragie n'a pas cessé. Pour

l'une, l'hémorragie n'a été qu'un suintement intermittent pendant une quinzaine de jours ;

Pour l'autre, l'hémorragie s'est reproduite cinq heures après le curettage et a entraîné la mort par anémie aigüe.

4° Contre la thérapeutique par curage avec tamponnement au filtrat streptococcique, on peut invoquer le fait qu'il est parfois impuissant à empêcher le développement d'un état septicémique mortel. Il y a eu un insuccès ; il est vrai que ce cas était particulièrement défavorable : hémorragie d'une abondance extrême, avec état infectieux grave au moment de l'intervention.

En résumé, les arguments d'ordre cliniques qui militent en faveur et contre la thérapeutique intra utérine constituent un bilan, qui tend plutôt à faire rejeter cette méthode thérapeutique, car, s'il y a lieu de considérer que la conservation d'un utérus est un point important, il n'en est pas moins vrai que cette importance doit céder devant des considérations d'ordre vital.

II. — *Arguments favorables ou défavorables à la thérapeutique intra utérine tirés de l'étude anatomique et bactériologique.*

Si, quittant le domaine de la clinique, nous essayons de tirer des arguments, des constatations anatomiques et des constatations bactériologiques, que nous avons faites, la thérapeutique intra-utérine nous apparait comme franchement illogique.

a) *Pour ce qui est des hémorragies par rétention placentaire,* le principal argument contre le principe des interventions intra-utérines nous semble résider dans les difficultés du curage d'une part, et dans l'existence de germes nombreux dans la cavité utérine.

Le curage peut être facile dans un certain nombre de cas : le fragment placentaire peut adhérer faiblement

à la paroi intéressée par un pédicule étroit, il peut exister un véritable plan de clivage entre les débris retenus et la paroi utérine, mais dans un certain nombre de cas, impossible à prévoir à l'avance, il y a pour ainsi dire, continuité du tissu utérin et du tissu placentaire.

L'examen de certaines de nos pièces, nous montre avec évidence, que si l'on avait voulu retirer par curage, les débris retenus, il aurait véritablement fallu les « sculpter » dans la paroi.

De plus, les couches cellulaires sous jacentes au point d'implantation du fragment placentaire présentent une infiltration leucocytaire, une thrombose des vaisseaux qui indiquent l'existence d'un foyer inflammatoire.

Lorsque l'on viendra, avec le doigt ou avec la curette, dissocier ces tissus en voie d'organisation, on ne pourra manquer d'assurer la dissémination des germes et de réaliser une inoculation pour ainsi dire expérimentale des vaisseaux encore libres.

Bactériologiquement, la présence dans la cavité utérine, de germes, que nous ne trouvons pas dans l'intérieur des tissus, sur les pièces opératoires, donne à ce brassage d'un foyer d'infection, une nocivité qui ne peut être mise en doute.

b) *Pour les cas d'hémorragies sans rétention placentaire.* — Les mêmes arguments contre la thérapeutique intra utérine peuvent être invoqués.

La paroi utérine, elle-même présente une infiltration embryonnaire parfois énorme, avec thrombose des vaisseaux, et avec amas leucocytaires autour des vaisseaux.

Les risques de dissémination infectieuse à la suite d'intervention intra utérine sont les mêmes.

Le curage suivi de tamponnement avec des mèches imbibées de filtrat streptococcique a donné des succès, mais il a contre lui son manque de spécificité.

Nos recherches bactériologiques, nous ont montré, en effet, que la flore microbienne est, dans les cas d'hémorragies par infection, variée.

Il faudrait donc envisager une vaccination locale polyvalente.

A l'heure actuelle, celle-ci n'est pas réalisée.

Au point de vue anatomique enfin, il y a lieu de rejeter le curettage comme une intervention illogique dans les hémorragies secondaires par infection. Nous n'avons en effet trouvé dans nos coupes histologiques aucun tissu pouvant être rapproché des bourgeons charnus des plaies en voie de cicatrisation.

La ligne de conduite adoptée par M. le professeur Delbet dans les hémorragies secondaires des plaies de guerre, n'est pas applicable aux hémorragies par infection du post-partum.

*
**

THÉRAPEUTIQUE D'EXÉRÈSE

L'HYSTÉRECTOMIE

I. — *Arguments d'ordre clinique.* — L'hystérectomie a contre elle un certain nombre d'arguments :

1° Elle est une intervention mutilatrice et nous avons déjà dit combien nous attachions d'importance à cette mutilation.

2° Elle a contre elle aussi, d'être certainement une opération plus choquante que la thérapeutique intra utérine, ce qui ne saurait manquer d'être pris en considération sérieuse, lorsqu'on a affaire à des femmes anémiées et dont la résistance au choc opératoire, est d'autant plus diminuée, qu'elles ont perdu, plus de sang, et qu'elles sont, à un degré variable, pour ainsi dire, toujours des infectées.

3° Si l'on considère d'autre part les résultats globaux

obtenus par l'hystérectomie, 2 morts sur 6 interventions, on ne peut pas, ne pas être frappé de sa gravité.

Cependant si on se livre à une étude critique des observations, il est facile de se rendre compte que les décès se sont produits dans les cas où les conditions opératoires étaient particulièrement défavorables.

Dans un cas, la femme fut opérée alors que son état était des plus alarmants, en raison de l'abondance, et de la répétition des hémorragies.

Dans l'autre cas (cas de M. Vignes), la malade était une infectée, avec état général grave. L'examen histologique montre du reste des plaques de sphacèle du muscle utérin.

Toutes les malades qui ont été opérées, alors qu'elles présentaient encore un état général, pas trop médiocre, on survécu. C'est qu'en effet, bien que choquante, l'hystérectomie est une opération relativement souple dans ses applications, si l'on consent à l'employer sous ses deux modalités :

Hystérectomie vaginale, et hystérectomie abdominale.

L'hystérectomie vaginale réellement peu choquante, est à préférer dans tous les cas, où elle semble facilement réalisable.

Sa réalisation est parfois difficile : utérus trop gros, trop mou, trop friable, ou accompagné d'une masse annexielle.

Nous sommes donc loin des chiffres défavorables, tirés d'une statistique en réalité disparate, qui ne représentent que des faits isolés et dans laquelle, aucune unité de doctrine thérapeutique ne vient former la base indispensable de toute statistique qui veut être réellement significative.

II. — *Arguments tirés des faits anatomiques et bactériologiques*. — Examinons donc, comme nous l'avons fait pour la thérapeutique intra-utérine, comment se

comporte l'hystérectomie par rapport aux notions d'anatomie pathologique et de bactériologie que nous avons exposées.

Il apparait avec évidence, qu'autant la thérapeutique intra-utérine allait à l'encontre des principes qui ressortaient de ces données anatomiques ou bactériologiques, autant l'hystérectomie s'accorde avec ces mêmes principes.

Ici, en effet, qu'il y ait ou non rétention placentaire, l'exérèse de l'organe entraine en masse le foyer d'infection.

Il est exact que cette extirpation en masse pourrait avoir comme conséquence, l'inoculation de la séreuse péritonéale, du tissu cellulaire pelvien ou des veines.

En fait le drainage à la Mickulicz dans l'hystérectomie abdominale, le drainage par les mèches dans l'hystérectomie vaginale semblent mettre à l'abri de ces inconvénients, et nous n'avons aucun cas de mort (Sauf l'ob. serv. XIII, encore l'opérateur a-t-il regretté de ne pas avoir pratiqué une hystérectomie vaginale) qui résulte de semblables inoculations.

La discussion des deux méthodes thérapeutiques en présence, permet donc de considérer, que si toutes deux présentent des inconvénients, la thérapeutique intra-utérine est celle qui dans les cas graves présente le moins d'avantages.

Ces considérations ont amené M. le professeur Couvelaire à remplacer la thérapeutique intra-utérine par l'hystérectomie dans certains cas d'hémorragies secondaires du post-partum particulièrement graves.

CONCLUSIONS

I. — Il est possible d'individualiser, à côté des hémorragies secondaires du post-partum par rétention placentaire, une classe d'hémorragies sans rétention placentaire, et que l'on peut attribuer à l'infection utérine locale.

Le diagnostic clinique, de ces deux variétés d'hémorragies, sans exploration intra-utérine est impossible.

II — L'exploration intra-utérine devra être le premier geste en présence de ces hémorragies.

Mais cette exploration devra être faite avec toute la prudence possible, sous le couvert d'une asepsie rigoureuse.

Elle devra être pratiquée avec douceur, dans la crainte du réveil de l'infection presque toujours existante, au moins à l'état latent.

Sous ces réserves, l'exploration intra-utérine fournit des renseignements précieux pour la conduite à adopter :

1° L'exploration fait sentir un fragment placentaire :

a) Il peut être décollé et il suffit de l'attirer ou bien il est lâchement pédiculé et on le recueille avec la plus grande facilité.

Dans ces deux éventualités, l'exploration intra-utérine permet l'extraction facile d'un cotylédon placentaire, extraction qui met fin à l'hémorragie.

b) Ou bien l'exploration fait sentir un fragment adhérent :

Dans ces conditions, s'abstenir de manœuvres brutales, ne pas chercher à tout prix à retirer le fragment ; le curage et le curettage sont alors dangereux.

On doit lui préférer l'hystérectomie *et cela d'autant plus facilement qu'il existe des poussées fébriles.*

2° Si l'exploration est négative le curettage est toujours à rejeter.

On devra se borner à pratiquer un tamponnement avec une mèche iodoformée, soit mieux avec une mèche imprégnée de filtrat streptococcique.

Mais, lorsque dans ces cas, d'hémorragies sans rétention placentaire, il existe des signes infectieux importants et que l'hémorragie se répète, l'on ne doit pas hésiter à pratiquer l'hystérectomie.

Vu : Le Doyen,
ROGER.

Vu : Le Président de Thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

OBSERVATIONS

Les observations recueillies sont divisées en deux catégories :

La première concerne les observations d'hémorragies du post-pactum avec rétention placentaire.

La seconde les observations d'hémorragies sans rétention placentaire.

Pour chaque catégorie nous classons d'abord les observations provenant de la Clinique Baudelocque.

***

I. — HEMORRAGIES SECONDAIRES PAR RETENTION PLACENTAIRE

Observation I

(Observation XXVI — Thèse Noguères)
(Clinique Baudelocque, 1924, n° 460 du registre)

III pare, 35 ans, chez laquelle on ne retrouve aucun antécédent pathologique.

Les deux premiers accouchements furent normaux, les délivrances furent aussi normales.

Troisième accouchement, spontané, à la clinique Baudelocque le 30 mars 1924.

Délivrance naturelle 45 minutes après l'accouchement.

Légère hémorragie de la délivrance, 300 gr. environ, qui céda à des injections vaginales chaudes.

Le placenta pesant 750 gr. fut déclaré complet ainsi que les membranes.

Dans les suites de couches rien ne fut noté jusqu'au 1er avril.

1er avril : utérus gros, légèrement douloureux, T. 37°5 le matin, 38° le soir. Pouls 75-90.

2 avril : température 37°5, pouls 90.

3 avril : utérus diminué de volume, moins douloureux. T. 37°5-37°9. Pouls : 84.

4 avril : le matin température 37°5. Pouls 80. Le soir : température 38°5.

A 5 heures du soir : hémorragie abondante, sang liquide et caillots expulsés.

Au toucher : vagin plein de caillots ; l'orifice du col est béant et pendant dans le canal cervical, on trouve un débris placentaire que l'on recueille.

Le chef de clinique, M. Portes, prévenu, fait donner une injection vaginale à 50°, fait pratiquer une injection de sérum physiologique de 250 c. c. et une injection de 80 c. c. de sérum antistreptococcique. Le poids des caillots et du sang perdu est de 350 grammes.

Le débris placentaire expulsé pesait 16 grammes et correspondait au bord épaissi du placenta. L'examen histologique montra quelques villosités nécrosées.

Le soir du même jour, l'utérus est à trois travers de doigts de la symphyse, l'abdomen est souple, non douloureux. Le facies est pâle, cireux. Le pouls à 84. L'hémorragie n'a plus reparu.

Une injection de sérum antistreptococcique de 80 c. c. est pratiquée quotidiennement jusqu'au 12 avril. Pendant cette huitaine, la température oscille entre 37°8 et 38° le matin et 39° le soir.

Le 12 avril apparaît une éruption sérique importante, avec douleurs articulaires intenses. La température atteint 40° le soir : le pouls bat à 84. Bon état général. A partir de ce moment, la température décroit progressivement et est normale le 18 avril.

La femme sort de la clinique en bon état, mais encore pâle et anémique le 22 avril 1924.

***

Observation II

(Observation XXVII — Thèse Noguères)
(Clinique Baudelocque, 1922, n° 1555 bis du registre)

Fille d'une diabétique.

Hystéropexie pratiquée dans un hôpital parisien au deuxième mois de la gestation, suites opératoires bonnes.

Accouchée et délivrée normalement chez une sage-femme agréée, chez laquelle elle reste du 19 au 29 novembre. Suites de couches normales. Température : 37°.

Rentre chez elle et reprend sa vie journalière.

Dans la nuit du 30 au 1er décembre (11 jours après l'accouchement), au moment d'une tétée, perd brusquement une grande quantité de sang. Le lendemain à 4 heures : nouvelles hémorragie.

Une sage femme appelée fait transporter la femme, le 2 au soir, à la clinique après une injection d'huile camphrée.

Le 2 décembre, à son arrivée, on note un état anémique prononcé avec tendance à la syncope.

La femme expulse quelques caillots, mais ne saigne plus très abondamment.

Pouls 110-120, très faible T. : 37°. Mise en position déclive, drap chaud ; 500 gr. de sérum physiologique intraveineux et 250 c. c. sous-cutané, 10 c. c. d'huile camphrée, 5 c. c. spartéine.

A 11 heures du soir, M. Powilewicz, chef de clinique, examine la femme : son état général est trouvé meilleur, son pouls encore rapide à 120 est régulier, bien frappé.

Au toucher : col ouvert permettant l'introduction de deux doigts.

M. Canouet, moniteur de garde, pratique un curetage digital sans anesthésie : deux doigts sont introduits facilement dans la cavité utérine, qui est trouvée pleine de caillots.

Sur la face postérieure de l'utérus et dans la corne gauche, on

trouve des débris placentaires très adhérents qu'on ne peut détacher complètement avec le doigt. On donne alors quelques coups de curette sur la région précise où les débris n'ont pu être détachés. Les débris retirés pèsent 10 grammes.

La femme ne saigne plus, le liquide de l'injection intra utérine ressort clair.

Le pouls est bien frappé à 120, 10 c. c. d'huile camphrée, Vessie de glace sur le ventre.

A minuit, le pouls est bien frappé à 112, la femme ne saigne pas.

On fait tous les jours, pendant 6 jours, 80 c. c. de sérum antistreptococcique.

La température se maintient après s'être élevée, le lendemain, 3 décembre à 38°, entre 38°5 et 39° jusqu'au 7 où elle atteint le soir 39°5 : redescend ensuite à 38° le 12 décembre où il apparaît une éruption sérique avec douleurs articulaires.

Le 19 décembre, la température est voisine de la normale, le pouls encore rapide.

La malade présente une phlébite gauche le 28 décembre (immobilisation), puis une phlebite bilatérale le 11 janvier.

Sortie en bon état le 15 février 1923, 10 semaines après son entrée.

*
**

Observation III

(Observation XXVIII — Thèse Noguères)
(Clinique Baudelocque,; 1921, n° 1834 du registre)

IV pare, de 31 ans, dont les trois premiers accouchements furent normaux.

Rupture prématurée des membranes.

Accouchement le 4 novembre 1921, présentation du siège au 8e mois ; à la dilatation de 5 francs se produit une procidence du cordon facilement réduite ; pose d'un ballon intra-utérin de 500 gr. A dilatation complète expulsion du ballon, d'un paquet de cordon et du siège.

Enfant mort-né.

Délivrance naturelle 1 heure après l'accouchement.

Placenta pesant 490 gr. dont la face utérine est douteuse et les bords déchiquetés.

La température est de 37° le jour de l'accouchement et le lendemain, 6 novembre de 38°. Le pouls est à 80.

Le 7 novembre, dans la nuit et la matinée, la femme expulse des caillots dont le plus gros a la dimension d'un œuf. L'utérus est un peu douloureux. La température, qui était de 38° le matin, monte à 40° le soir. Le pouls 110-120.

Le 8 novembre, la température est de 39°5 le matin et 39° le soir, les lochies sont noirâtres et fétides.

Le 9 novembre, on pratique un curage digital qui ramène 60 gr. de débris placentaires. Mèche intra-utérine, glace sur le ventre. T. : 37°5.

On a pratiqué le 8, le 9 et le 10 une injection de 60 c. c. de sérum antistreptococcique.

La température oscille entre 37°5 et 38° jusqu'au 12 pour redevenir ensuite normale.

La femme quitte la clinique le 16 novembre 1921.

*
**

Observation IV

(Observation XXIX — Thèse Noguères)
(Clinique Baudelocque, 1923, n° 437 du registre)

IV pare, 37 ans.

Un accouchement normal, deux avortements avec curage au deuxième.

Entre à la clinique le 16 mars, pour albuminurie massive avec une tension artérielle à 23/11 au Pachon (saignée de 700 gr.) Urée sanguine 0 gr. 40 (diète hydrique, purge).

Accouchement gémellaire sans incident (un sommet et un siège) le 4 avril 1923.

Délivrance artificielle pour non décollement du placenta 2 h. 30

après l'accouchement. Le placenta en partie décollé est trouvé très adhérent dans la corne droite.

Les deux masses placentaires sont déchiquetées sur leur face utérine, les membranes sont déchirées.

La température est normale les 5 et 6 avril, le 7 elle s'élève le soir à 37°8, oscille ensuite jusqu'au 12 entre 37°6 et 38°.

Le 12 avril la femme a une assez abondante hémorragie à 24 heures, accompagnée de paleur et de tachycardie, pouls à 110.

Le ventre est souple, l'utérus non perceptible au palper : au toucher le col est ferme, laissant passer un doigt, le corps de l'utérus est volumineux, mais très mou. La cavité utérine est pleine de caillots et remplie de débris extrêmement fétides. Un débris est retiré, assez volumineux : caillots et débris placentaire.

L'utérus ne se rétracte pas, reste gros et mou (injection intra utérine chaude, huile camphrée 10 c.c, sérum physiologique sous-cutané : 300 gr.)

Le 13 avril, frissons, température à 39°2 (sérum antistreptococcique 60 c. c. pendant 5 jours). Pouls 100.

La température décrit une courbe irrégulière jusqu'au 25 avril, sans toutefois dépasser 38°, puis oscille entre 37° et 37°5 jusqu'au 6 avril, où la femme quitte volontairement la clinique ayant encore 1 gramme d'albumine dans les urines.

***

Observation V

(Observation XXX — Thèse Noguères)
(Clinique Baudelocque, 1919, n° 324 du registre)

I pare, de 30 ans, ayant présenté de l'albuminurie pendant les derniers jours de sa gestation ; au moment de l'accouchement 0 gr. 50 d'albumine dans les urines.

Accouchement spontané, sommet, le 21 mars.

Légère hémorragie de la délivrance naturelle, 45 minutes après l'accouchement.

Placenta 660 gr. paraissant complet, ne présentant aucune altération. Membranes complètes.

Déchirure périnéale nécessitant 4 crins pour sa réfection.

22 mars : t. 38°3 le matin et 38°3 le soir, pouls 120.

23 mars : t. 39°, pouls 120. Injection intra-utérine, ablation des fils du périnée qui présente un aspect diphtéroïde.

24 mars : T. 39°5-39°7, pouls : 120-130.

25 mars : Lochies normales, utérus un peu gros, pas de réaction péritonéale.

26 mars : T. 39°8-39°, pouls 124. Expulsion de quelques caillots sans odeur.

27 mars au matin : Expulsion de caillots nombreux. Utérus béant rempli de caillots ; dans la corne droite on retire des débris de placenta assez adhérents, équivalents à un gros cotylédon.

A 3 heures de l'après-midi, la femme présente une série de frissons, T. 40°3, le pouls est à 120. A 4 heures, crise nerveuse, agitation extrême (huile camphrée).

Le 28, la température est à 39° et la femme est calme.

Mais le lendemain, la température remonte à 40°3, puis oscille entre 40° et 41° jusqu'au 3 avril où la femme meurt. Le pouls, à partir du 29, s'est maintenu à 140.

Le 30 mars, une hémoculture fut faite : staphylocoque (?).

*
**

Observation VI

(Observation XXXI — Thèse Noguères)
(Clinique Baudelocque, mai 1919)

II pare, 34 ans, dont le 1er accouchement fut normal.

Accouchement le 1er mai 1919, spontané, chez une sage-femme.

Placenta, 430 gr. déclaré complet ainsi que les membranes.

Cette femme envoyée chez la sage-femme, agréée par la clinique Baudelocque, avait rompu prématurément ses membranes et avait reçu une injection prophylactique de sérum antistreptococcique, 30 c. c.

La température est normale jusqu'au 8 mai.

Le 8 mai, au soir, la température est à 39°5, la femme est vue

par M. Vignes, chef de clinique : éruption sérique, douleurs articulaires, langue en bon état, utérus normal.

Le 9 mai : Chute de la température le matin, mais le soir de nouveau elle est à 40°3. La femme est ramenée à la clinique.

Le 10 mai : Utérus gros. Lochies sanglantes, mais sans odeur : T. 38°8.

Le 11 : T. 39°5 ; le 12, T. 39°7-39°.

Le 13, le 14 et le 15, la température est voisine de la normale.

Du 15 au 18, la température croit progressivement pour atteindre 38° le 18 au matin, où après une hémorragie profuse on pratique une revision utérine : on trouve du placenta adhérent sur une grande étendue de la paroi utérine, on retire 60 gr. environ de débris. Il semble qu'on ait tout enlevé.

Le 19 : T. 37°8-39°6.

Le 20 : T. 38°-41°4, le pouls est à 150. Lèvres sèches, euphorie, dyspnée.

Le 21 : T. 40° matin et soir, pouls 140. Injection de 1 c. c. de térébenthine sous la peau.

Le 22 : T. 40°, 38°, pouls 140. Respiration : 22 par minute. Dyspnée, langue saburrale subdélire, lèvres et langue sèches.

Hémoculture : streptocoques hémolysants, réaction au 1er abcès de fixation, induration non douloureuse.

23 mai : Reprise de la dyspnée avec plus d'intensité : T. 39°-38°3. Pouls 140. Injection de 1 c. c. de térébenthine.

24 mai : T. 40° matin et soir, pouls à 139.

Décédée dans la matinée du 25 mai.

*
**

Observation VII

(Observation XXXII — Thèse Noguères)
(Clinique Baudelocque, fév. 1920, n° 359 du registre)

II pare, de 23 ans, la 1re gestation s'était terminée par un avortement.

Accouchement spontané, sommet, le 20 février.

Délivrance naturelle 1 heure après l'accouchement.

Placenta complet présentant un cotylédon accessoire, on trouve en outre sur la face utérine, près du bord inférieur, deux noyaux blancs, durs.

La température se maintient aux environs de 38° jusqu'au 23 au soir où elle atteint 39°5, le pouls est rapide entre 104 et 116.

Le 24 févr. : T. 38°5-38°, pouls : 120-124.

Le 25 févr. : Utérus légèrement douloureux à son bord droit.

A 10 heures, légère hémorragie avec expulsion de caillots (injection vaginale).

T. : 38°5-38°7, pouls : 110.

Le 26, la température descend à 37°5, mais le pouls est rapide à 110.

Le 27, légère hémorragie avec caillots. T. : 38°-38°7, pouls, 116.

Le 28, nouvelle hémorragie. On pratique la revision digitale de l'utérus ; on trouve du placenta adhérent dans la corne droite sur une étendue de petite paume, curage digital et extraction de débris. Attouchement iodé de la cavité utérine, après une injection intra-utérine à l'aniodol. Injection sous-cutané de 1.000 gr. de sérum physiologique.

29 févr. : La température est à 40°7, pouls 150. 80 c. c. de sérum antistreptococcique. On repète les injections de sérum antistreptococcique pendant 5 jours.

La température reste voisine de 40°7, le 1er, le 2 et le 3 mars, le pouls pendant ce temps étant à 150.

Le 2, abcès de fixation sans résultat.

Le 3, frissons répétés, intenses dyspnée.

Le 4, le 5, la température est à 40° pour remonter à 41° le 6, le pouls devient, à partir de ce moment incomptable.

Le 7, la dyspnée est intense, la malade est en proie au délire, le teint est plombé, le nez pincé, les yeux excavés, l'abattement est profond.

Cet état dure jusqu'au 10, où la malade succombe.

La température était à 39°, mais le pouls est resté petit et incomptable.

*
**

Observation VIII

(Observation XXXIII — Thèse Noguères)
(Clinique Baudelocque, 1923, n° 1535 du registre)

I pare, 23 ans, ne présentant aucun antécédent pathologique.

Accouchement normal, sommet, le 19 nov. 1923 à la clinique.

Délivrance naturelle 1 heure après l'accouchement.

Placenta, 550 gr. déclaré complet, membranes complètes.

La femme quitte la clinique le 29 nov. après des suites de couches normales.

Le 1er déc. 12 jours après l'accouchement, première hémorragie abondante, puis pertes sanguines continuelles jusqu'au cinq déc. (injections vaginales et ergotine).

Le 5 déc. la femme est ramenée à la clinique.

Examinée à 19 h. 30, la température est de 38°, son pouls bat à 120.

L'utérus est à deux travers de doigts de la symphyse non douloureux.

Au toucher, le col est largement ouvert, admettant facilement le doigt ; par le toucher intra-utérin, on sent à bout de doigt une petite masse grosse comme une noisette donnant une sensation différente de celle donnée par les nombreux caillots qui encombrent la cavité utérine.

M. Job, moniteur, pratique un curage digital de la cavité utérine et extrait un fragment de cotylédon, gros comme une noisette, qui était adhérent à la face antérieure de l'utérus. Rien n'est noté dans le reste de la cavité utérine (badigeonnage iodé).

Après l'intervention, le pouls est à 110, bien frappé.

Le 6 déc. : T. 38°4. Pouls 120.

Le 7 déc. : T. 40°. Pouls 116.

Le 8 déc. : T. 40°5 le matin, 39°8 le soir. Pouls 140. (80 c. c. de sérum antistreptococcique).

Le 9 déc. : La femme est dans un état d'infection très grave ; respiration superficielle, langue rotie, lèvres fuligineuses, léger délire, T. : 41°2. Pouls 136.

L'abdomen est souple, l'utérus débordant la symphyse de un travers de doigt.

Au toucher, le col est fermé, l'utérus présente une mobilité normale.

Les culs-de-sac sont libres, non douloureux.

M. le professeur Couvelaire décide de pratiquer une hystérectomie vaginale.

Intervention pratiquée par M. Portes, aidé de M. François. Anesthésie à l'éther avec l'appareil d'Ombredanne. La femme meurt 10 minutes après le début de l'intervention par arrêt de la respiration, sans période asphyxique, présentant de l'écume blanche aux lèvres et aux narines.

On termine rapidement l'hystérectomie.

Examen macroscopique de la pièce. — Cavité utérine absolument vide ; il ne reste à son niveau aucun débris placentaire ni membraneux. La muqueuse est ecchymotique par place. La paroi utérine a environ 1 cm d'épaisseur. On ne note à son niveau aucun abcès. Le péritoine utérin est normal, mais dépoli, sans trace d'adhérences.

***

Observation IX

(Clinique Baudelocque, 1925, n° 1114 du registre)

I pare, 22 ans.

Aucune particularité dans les antécédents. Gestation normale.

Accouchement spontané à terme à la clinique Baudelocque le 5 juillet 1925.

Durée du travail : 7 heures.

Quantité de sang perdu de l'expulsion de l'enfant à la délivrance normale.

Délivrance naturelle complète une heure après.

Placenta discoïde. Membranes complètes.

Insertion paracentrale du cordon.

Suites de couches normales. — Apyrétique.

La femme part sur sa demande le 10e jour.

L'utérus était encore un peu gros.

19 juillet : Hémorragie très abondante dans l'après-midi et dans la nuit qui suit.

Arrêt de l'hémorragie à la suite d'injections vaginales chaudes.

Dans la nuit du 20 au 21 juillet, nouvelle hémorragie, la femme est ramenée à la clinique Baudelocque.

Le 21 juillet : Température, matin : 40° ; soir : 40°. Pouls, matin 124 ; soir 140.

Le 22 juillet : Etat général relativement bon.

La malade a encore quelques pertes sanguines, température, matin : 38° ; soir : 38°3, pouls, matin : 90 ; soir : 96.

Il existe des douleurs abdominales, le ventre est douloureux à la pression, il n'y a pas de contracture.

Le 23 juillet : Nouvelle hémorragie : sang mélangé de caillots (quantité évaluée à 300 gr.).

Etat général mauvais : température : 38°4, pouls : 112-120.

Facies décoloré, cependant pas de refroidissement des extrémités.

Dans l'après-midi, expulsion de gros caillots.

Etat général alarmant.

Pouls incomptable.

Muqueuses décolorées.

Langue froide.

Une hystérectomie d'urgence est décidée.

On pratique une hystérectomie subtotale après avoir fait une injection intraveineuse de sérum physiologique (500 gr.).

Au cours de l'intervention, le pédicule utéro-ovarien paraît thrombosé.

Après l'intervention : transfusion sanguine, adrénaline.

Le 24 juillet, après l'hystérectomie, l'état général reste précaire.

Température : 39°2. Pouls : 160.

Le 25 juillet : Température : 40°. Pouls : 160.

La femme meurt dans la nuit du 25 au 26 juillet.

Examen histologique. L'utérus contient des fragments placentaires restés en place.

Examen histologique (M. J. Verne).

I. Examen histologique au niveau des fragments restés en place :

a) *Placenta.* — Dans l'ensemble à un faible grossissement les villosités paraissent normales. Elles sont bien colorables. Leur revêtement superficiel est réduit à la couche syncitiale qui par places montre cependant des bourgeons pleins végétant assez activement.

L'axe conjonctif de quelques villosités paraît dépourvu de vaisseaux.

D'une manière générale, les vaisseaux sanguins, des villosités sont à peu près vides de sang. Dans quelques villosités le tissu conjonctif contient des boules dont la taille varie de celle d'un globule rouge jusqu'à 2 et 3.

Ces boules basophiles sont peut-être liées à un processus de désintégration cellulaire.

b) *Paroi utérine.* — La paroi utérine offre à étudier :

1° une caduque déciduale,

2° une zône conjonctivo-vasculaire,

3° une couche musculaire.

1° *La caduque* est recouverte d'un dépôt de fibrine qui correspond à la fibrine canalisée de Langhans, mais on retrouve des strates fibrineuses à son intérieur même, dissociant par places les cellules géantes.

La couche spongieuse est à peine reconnaissable.

Les restes des culs de sac glandulaires sont envahis par des leucocytes.

2° *Au-dessous de la caduque* existe une région tourmentée qui représente de nombreux vaisseaux thrombosés.

Elle correspond à la couche musculaire la plus superficielle (stratum submucosum).

Le tissu conjonctif y est très développé.

Ses mailles sont complètement infiltrées de leucocytes qui dissocient les fibres lisses. Les leucocytes sont représentés par des *lymphocytes*, mais on observe aussi quelques polynucléaires.

On observe encore, des amas de fibrine disséminés, et des hématies infiltrent le tissu de façon diffuse.

Les vaisseaux thrombosés sont des veines.

Les volumineux caillots qui distendent leur lumière sont en pleine organisation. On observe déjà d'abondants dépôts de pigment ocre.

3° *Dans l'épaisse couche musculaire* sous-jacente, on retrouve de larges sinus thrombosés. Les fibres musculaires sont en voie de regression, leur cytoplasme a un aspect homogène hyalin et une coloration acidophiles.

Le tissu conjonctif qui les entoure présente une réaction inflammatoire assez marquée (mobilisation des fibroblastes — apparition de polyblastes).

La recherche des microbes sur coupes s'est montrée négative.

II. — *Examen histologique* au niveau de l'aire placentaire :

Les culs-de sac glandulaires sont ici plus facilement reconnaissables : l'épithélium d'aspect cubique est envahi par des leucocytes.

Il ne recouvre pas la surface du chorion utérin.

Ce chorion très mince est infiltré de leucocytes.

Les sinus du myometrium sont thrombosés.

Autour d'eux existent des foyers étendus d'infiltration leucocytaire.

Le muscle proprement dit présente le même aspect que dans la zône précédente.

III. — *Examen histologique* en dehors de l'aire placentaire :

a) *Muqueuse* est en état de reconstitution avancée. L'épithélium prismatique dans les culs de sac glanduliformes, devient bas à la surface.

Il s'étale en nappe au-dessus du chorion sous forme d'éléments cubiques.

Les cils n'existent qu'au fond des culs de sac.

Le chorion est constitué d'éléments conjonctifs jeunes.

On note, surtout dans la partie profondé, l'existence d'une infiltration leucocytaire assez marquée.

b) *Couche musculaire.* — Les fibres lisses sont en regression.

Les vaisseaux ne sont pas thrombosés.

En Résumé :

Placenta : Les villoistés apparaissent normales.

Utérus : Les veines sont thrombosées.

Les volumineux caillots qui remplissent leur lumière sont en pleine organisation.

On observe déjà d'abondants amas de pigment ocre.

Les fibres mucsulaires sont en régression.

OBSERVATION IX

Fragment placentaire retenu : gross. X 50

Zône décidualé avec hémorragies interstitielles et grosse infiltration leucocytaire

Le tissu conjonctif de la muqueuse et du myomètre est profondément infiltré de leucocytes représentés surtout par des lymphocytes.

Dans l'épaisseur même de la caduque existent de grosses masses de fibrine.

La recherche des microbes sur les coupes a été négative.

Il n'avait pas été fait de prélèvements bactériologiques.

*
**

Observation X

(Clinique Baudelocque, 1926, nº 982 bis du registre nº d'Accouchement 813-1926)

I pare de 18 ans.

Revient à la Clinique Baudelocque, 24 jours après son accouchement pour une hémorragie secondaire tardive grave du post partum. L'accouchement a eu lieu à la Clinique dans des conditions tout à fait normales le 24 avril 1926.

L'observation mentionne que l'accouchement a été normal, mais avec une période d'expulsion d'une courte durée : de 5 minutes environ.

Il n'y a pas eu d'hémorragie immédiate, l'arrière-faix a paru complet.

Dans les jours qui ont suivi l'accouchement il y a eu une légère élévation thermique.

Le 28 avril, la température s'est élevée à 38º, et le pouls était un peu rapide, à 92º.

L'examen pratiqué à ce moment a montré que l'utérus était dur, anormalement rétracté. Rien de particulier dans l'écoulement lochial.

Le 3 mai, la température était revenue au voisinage de la normale.

Le 6 mai, 12e jour du post-partum, nouvelle ascension thermique à 38º9 avec accélération du pouls.

La malade présente de la fétidité des lochies et de la constipation.

Dès le lendemain (7 mai) la température et le pouls sont redevenus normaux. Ils le restent jusqu'à la sortie de la femme, le 14 mai.

Le 16 mai à 16 heures, la femme présente une première hémorragie. Il n'y a pas de fièvre, le pouls est calme, la malade est mise en position declive : l'hémorragie cesse.

Le 18 mai nouvelle hémorragie beaucoup moins importante que la première.

Ces deux hémorragies sont considérées comme un petit retour de couches.

Le 19 mai à 21 heures, troisième hémorragie (450 grs environ) pas de fièvre, pouls à 90°.

Examen local :

Orifice externe du col très ouvert.

Orifice interne fermé.

Devant cette hémorragie inquiétante, le médecin appelé décide de pratiquer un tamponnement intra-utérin. Il commence à dilater le col au doigt. Mais au cours de la dilation, il a l'impression d'un craquement. Il pratique le tamponnement et fait transporter d'urgence la malade à la Clinique Baudelocque.

A l'entrée à la Clinique le 19 mai à 23 h. 30, malade présentant un état général grave. Pâleur cireuse des téguments. Lèvres, gencives décolorées.

Le pouls est aux environs de 110 assez bien frappé.

La malade ne présente cependant ni vertiges, ni état syncopal.

Le tamponnement intra-utérin est enlevé.

L'hémorragie s'étant arrêtée on cherche à améliorer l'état de la femme par une transfusion.

A la suite de la transfusion (100 gr.) la malade se recolore.

Le lendemain 20 mai vers 15 heures reparaît à nouveau un suintement sanguin. Le suintement se prolonge et persiste.

La température est de 40° 4. Le pouls à 110. La tension artérielle mesurée au Pachon est de 10 1/2, 7 1/2 avec oscillation très faibles de l'aiguille.

On a l'impression que si une nouvelle hémorragie se produit, elle peut être mortelle.

On décide de pratiquer une hystérectomie.

A l'intervention pratiquée par MM. Portes et Desnoyers, l'utérus est peu augmenté de volume, son parenchyme est très friable et la moindre traction sur la pince le déchire.

La couleur de l'utérus est plutôt pâle et d'aspect lavé.

Dans l'abdomen présence de liquide séro-sanguinolent assez abondant, sans odeur.

Hystérectomie totale : les pédicules sont volumineux, mais sans apparence de thrombose.

Les artères tant tubo-ovariennes qu'utérines sont augmentées de volume.

Ligature des pédicules et péritonisation.

Fermeture sans drainage.

Suites opérations : L'état général s'améliore malgré la persistance de la fièvre.

La température se maintient aux environs de 39° jusqu'au 30 mai.

Le 31 mai, se produit par le vagin un écoulement de pus très fétide.

Dans la suite la température s'abaisse lentement.

Le 7 juin apyrexis.

Le 17 juin la malade quitte la clinique complètement guérie.

Un examen bactériologique du pus vaginal a permis de trouver:

1° le même streptocoque anaérobie strict, déjà isolé dans le prélèvement intra-utérin.

Examen de la pièce opératoire

Examen macroscopique. – A l'ouverture de l'utérus coupé parallèlement à son bord gauche on note au niveau de ce bord et sur la face antérieure de l'organe près du fond au voisinage de l'orifice tubaire, un fragment placentaire : c'est une petite masse aplatie à bords arrondis de la grosseur d'une petite amande.

(hauteur du polype 2 cm 3).

(épaisseur du polype 0 cm 5).

Ce fragment placentaire est fixé à la paroi par un large pédicule (1 cm 8).

Au niveau de l'union du col et du corps utérus, on note une

fissure traumatique oblique qui occupe la face antérieure de l'utérus.

A la coupe le fragment présente une partie centrale d'un rose clair, entourée d'une partie périphérique ayant l'aspect du sang coagulé.

Dans la profondeur tissu jaunâtre traversé par un gros vaisseau spiralé : une veine qui traverse toute la paroi utérine.

Grosse vascularisation à ce niveau, nombreux orifices de petits vaisseaux minuscules.

Examen microscopique (Hématéine, éosine). — Au niveau de la paroi utérine : fibres musculaires lissés : faisceaux, les uns coupés parallèlement à leur axe, les autres coupés perpendiculairement.

Lumières vasculaires nombreuses de petits vaisseaux capillaires reconnaissables à leurs noyaux fortement colorés.

Dans ces lumières vasculaires, nombreuses hématies.

En se rapprochant du pied du fragment placentaire. On note encore de nombreux capillaires mais de plus, une infiltration de cellules embryonnaires très accentuée.

On trouve à ce niveau de grandes cellules visibles au grossissement 3 : cellules déciduales : cellules bien limitées entre elles et dont certaines sont claires, n'ayant qu'un noyau.

Tout à côté de ces grosses cellules on trouve des systèmes arrondis centrés par un vaisseau à paroi épaissie, qui représentent des caillots sanguins en voie d'organisation.

A un grossissement plus fort, ces îlots apparaissent formés par une substance jaune rougeâtre et dans laquelle on reconnaît quelques noyaux.

Dans l'intervalle de ces îlots hémorragiques on trouve les grandes cellules indiquées.

En somme : zone de cellules déciduales avec zones d'infiltration hémorragique et présence de nombreuses lumières vasculaires.

Au-dessus de cette zone, plus superficiellement, zones colorées en rose formant des îlots.

Le centre de ces îlots est coloré en rose (conjonctif) et on y observe des cellules à noyaux peu allongés.

La périphérie de l'îlot est constituée par une assise de cellules

OBSERVATION X

Rétention de fragment placentaire : gross. X 50

1. Zône des villosités choriales dégénérées.
2. Caduque.
3. Les vaisseaux thrombosés.

à noyaux très colorés. En réalité cette assise n'est pas constituée par des cellules, c'est la couche plasmodiale contenant de nombreux éléments nucléaires serrés les uns contre les autres, plus serrés que normalement, plus abondants et plus colorés.

Ces ilots sont les villosités placentaires. Certaines de ces villosités présentent des signes de dégénérescences avec noyaux fortement colorés et fragmentation de noyaux.

Entre les villosités on voit des plaques d'hématies constituant une hémorragie récente.

Plus superficiellement encore, caillot volumineux, dans lequel on observe des grains de pigment ferrugineux. A l'intérieur de ce caillot, on distingue des villosités plus ou moins altérées peu nombreuses et présentant des signes de dégénérescence.

La surface du caillot est colorée en rose et l'on y découvre de nombreux éléments nucléaires en particulier de nombreux polynucléaires.

A l'extrémité du fragment placentaire aspect très différent.

Superficie recouverte par un epithelium cubique.

Dans la profondeur immédiatement sous cet epithelium infiltration de cellules embryonnaires extrêmement dense.

Lumières glandulaires nombreuses dans lesquelles on reconnaît des polynucléaires.

Au dessous de cette zone glandulaire, zone d'hémorragie (îlots à contours fortement irréguliers).

Ces îlots sont centrés par un axe conjonctif. Ils présentent tout à fait l'aspect des hémorragies du corps jaune dans l'ovaire.

Ce sont des caillots en voie d'organisation.

Au dessous : larges lumières vasculaires contenant du sang thrombosé. Infiltration leucocytaire très intense.

En résumé : fragment placentaire dont les villosités sont parfaitement reconnaissables et ont pour la plupart une structure normale, et dont quelques-unes seulement présentent des signes de dégénérescence légère.

Les villosités sont noyées dans le caillot qui par endroits est en voie d'organisation.

Infiltration de cellules embryonnaires notable.

Polynucléaires abondants.

Aux extrémités de la coupe on reconnaît la muqueuse utérine en voie de reconstitution reposant sur la musculeuse normale.

Dans la profondeur, coupe d'un gros vaisseau qui avait une forme « helicine » vaisseau correspondant au petit territoire du fragment de cotylédon retenu et n'ayant pas subi l'involution habituelle.

La coloration à la thionine ne nous a permis de voir aucun microbe.

Examens bactériologiques.

Différents prélèvements intra-utérins au voisinage du fragment placentaire dont on donnera le détail dans la partie bactériologique de cette étude nous ont permis d'isoler et de cultiver un streptocoque anaérobien strict sans action pathogène sur les animaux de laboratoire.

Hemoculture faite immédiatement avant l'intervention = Négative.

*
**

Observations XI.

(Clinique Baudelocque N° 1295 du registre 1927).

IIe Pare, 32 ans.

Antécédents pathologiques : lithiase biliaire, pleurésie.

Antécédents obstétricaux : 1° gestation suivie d'un accouchement normal en 1921.

Deuxième accouchement à la clinique Baudelocque, le 22 mai 1927.

Accouchement normal d'un enfant pesant 3710 grammes.

Durée du travail : 15 h. 10' ; dilatation : 15 h. ; expulsion : 10 minutes.

Délivrance naturelle 30 minutes après l'accouchement.

L'arrière fait est incomplet : il y a rétention de membranes.

A noter une légère hémorragie avant la délivrance.

Aussitôt après la délivrance : phénomènes de choc sans hémorragie, facies pâle. Tendances syncopales. Pouls à 80 petit hypotendu.

Ces phénomènes s'amendent sous l'influence du traitement médical : huile camphrée, adrénaline, sérum.

Suites de couches, normales et apyrétiques.

La femme quitte la clinique en parfaite santé le 1er juin 1927, 11e jour après l'accouchement.

Sortie de la clinique la femme reste en bonne santé ; cependant, elle remarque qu'elle a des pertes peu abondantes, mais grisâtres et fétides.

Le 13 juin, 22 jours après l'accouchement, sans raison apparente, hémorragie brusque importante avec caillots. Cette hémorragie cesse au bout de 10 minutes.

Le 16 juin, légère métrorragie.

Le 17 juin, deux nouvelles hémorragies se produisent : elles sont plus importantes.

La première s'arrête au bout de 20 minutes.

La seconde dure 8 heures en s'accompagnant de deux syncopes.

C'est alors que la malade est ramenée à la Clinique Baudelocque.

Examen à l'entrée : facies pâle, pouls 108, température 37° 9, léger suintement sanguin, utérus remontant à mi-distance entre pubis et ombilic.

Col largement perméable permettant de sentir une masse à l'intérieur de la cavité utérine.

On porte alors le diagnostic de rétention d'un cotylédon aberrant avec rétention partielle des membranes en raison des renseignements fournis par l'observation sur l'arrière faix.

Etant donné l'état non alarmant de la femme, le traitement médical seul est appliqué : glace sur l'abdomen ; sérum physiologique.

Le 18 juin, M. Lacomme, chef de clinique, cherche à s'assurer à l'aide d'une pince, si par hasard le polype n'est pas détaché et s'il n'y a pas possibilité de l'élever.

Il est adhérent à l'utérus et difficilement enlevable.

Cette simple exploration suffit à déterminer une ascension thermique à 39° 6 et une tachycardie atteignant 108.

Devant l'état général grave de cette femme et la crainte de voir l'état septicémique se déclarer après l'exploration, on décide de faire une hystérectomie.

Très rapidement une hystérectomie totale est faite par MM. Portes et Lacomme. Pas de drainage.

Les suites opératoires furent bonnes.

Au 7e jour, il se produisit une élévation thermique avec accélération du pouls en rapport avec un hématome suppuré de la paroi qu'il suffit d'évacuer.

La femme put sortir guérie au bout de quelques jours.

Nous avons pu avoir de ses nouvelles en octobre 1927, elle avait repris ses occupations et se portait bien.

Examen de l'utérus : Examen macroscopique : ouverture de l'utérus au niveau de sa face antérieure.

Gros fragment placentaire ovoïde ayant la forme d'une amande avec un pôle supérieur arrondi, un pôle inférieur plus effilé.

Ce fragment est inséré au niveau du fond de l'utérus près de la corne droite.

Le pédicule est large : 27 mm.

La hauteur du fragment est de 4 cm. 6. Sa largeur de 3 cm.

La surface du fragment est légèrement irrégulière.

La paroi utérine est congestionnée surtout au niveau du pédicule du débris placentaire. On voit à ce niveau de nombreuses lumières vasculaires. Le reste de la cavité utérine ne présente aucune particularité, non plus que les ovaires et les trompes.

L'utérus est augmenté de volume dans des proportions importantes si l'on songe que cet utérus a été enlevé 27 jours après l'accouchement.

Les dimensions : 114 mm de l'orifice externe du col à la face péritonéale du fond utérin.

100 mm du même point au fond de la cavité utérine.

D'autre part, la largeur de cet utérus mesurée sur la face postérieure, de l'origine d'une corne à l'autre est de 6 cm 3.

A la coupe le fragment placentaire apparaît formé de plusieurs zônes.

En I. — Aspect de caillot ancien.

En II. — Zone limite du débris placentaire se continuant sans ligne de démarcation nette avec le tissu du muscle utérin.

En III. — Tissu placentaire blanchâtre.

En IV. — Zones de tissu placentaire et caillot entremêlé.

OBSERVATION XI

Utérus enlevé au 27e jour et contenant un fragment placentaire (grandeur naturelle).

OBSERVATION XI

Hèmorragie par rétention placentaire (fragment placentaire) : gross^{t} X 50
Photographie montrant : 1) des villosités placentaires altérées noyées dans le caillot en voie d'organisation ; 2) l'infiltration leucocytaire énorme du polype.

Examen microscopique. — Dans l'ensemble villosités noyées dans un caillot en voie d'organisation plus ou moins avancée.

Les villosités sont en voie de dégénérescence.

Leur épithélium est altéré, les noyaux perdent leur caractère de coloration.

L'axe de la villosité subit la transformation fibreuse.

Dans l'épaisseur du fragment placentaire, il existe des hémorragies de dates différentes.

Certaines sont récentes et dissocient les amas de fibrine plus anciens.

Les vaisseaux sont thrombosés jusque dans le myomètre.

Il existe une zône d'infiltration sous la zône d'insertion du pédicule.

Mais l'inflammation du myomètre lui-même est très discrète.

Examen bactériologique. — Les divers examens et ensemencements ont permis d'isoler un seul germe :

Un streptocoque anaérobie strict, non pathogène pour les animaux.

*
**

Observation XII

(Observ. Maternité, 1927, N° 1046 du registre)

I^e^ pare, 21 ans.

Accouchement à la Maternité le 13 avril 1927.

Aucun antécédent.

Accouchement à terme d'une fille pesant 2.730 gr.

Durée du travail : 6 h. ; dilatation 5 h. 15' ; expulsion, 0 h. 45.

A noter qu'il a été pratiqué une rupture artificielle des membranes tempestive.

La délivrance a été précédée de violentes contractions utérines et d'une hémorragie abondante.

(hémorragie pesée par l'élève sage-femme et dont le poids atteint 1.700 gr. !)

Le placenta est extrait *avec difficulté* : Le mode n'est pas précisé.

Examen du délivre : poids 580 gr. ; face utérine intacte : rétention totale de chorion et de caduque.

Après délivrance l'hémorragie continue. Le traitement médical : position déclive, massage utérin, caféine, Hc, sérum, ergotine, éther, suffit à l'arrêter.

La tension artérielle est tombée de 19/11 avant l'accouchement à 10 1/2 ; 7 après l'hémorragie. Le pouls bat entre 120 et 130.

L'hémorragie ne se reproduit plus.

Suites de couches fébriles : Température s'élevant à plusieurs reprises au-dessus de 38°, avec accélération du pouls atteignant 100 et même 120.

Brusquement sans raison apparente le 30 avril, hémorragie abondante.

En raison des antécédents on pose le diagnostic d'hémorragie par rétention d'une partie du délivre.

Traitement médical : sérum, éther, strychnine.

Le lendemain curettage qui ramène des débris envoyés au laboratoire aux fins d'examen histologique.

A la suite du curettage dès le 3e jour la température s'abaisse à la normale, une légère réascension s'observe dans la suite, mais cette réascension doit être mise sur le compte d'une angine, l'état utérin restant bon. La malade sort guérie le 17 mai.

Examen microscopique (M. Durante).

Placenta : forte inflammation de la caduque.

Lésions anciennes de la surface placentaire avec noyaux fibrineux organisés et dégénérescence des villosités.

Le placenta est également en rapport avec la muqueuse non caduque dont les glandes sont bien conservées. A ce niveau voisinage de villosités placentaires et de glandes utérines.

Examen bactériologique. Les examens et ensemencements successifs tant en milieu anaérobies qu'aérobies ont permis d'isoler deux genres anaérobies stricts.

Un streptocoque anaérobie, sans action pathogène chez les animaux.

Un bacille perfringens.

OBSERVATION XII

Hémorragie par rétention placentaire (curetlage) : gross. X 90

1. Zone de villosités placentaires peu altérées.
2. Villosités placentaires altérées.
3. Fibrine et caillot entourant la zone des villosités.
4. Infiltration leucocytaire énorme.

***

Observation XIII

(Observation de MM. H. Vignes et Leroux)
(Ann. d'Anatomie Pathologique, mai 1927).

Accouchement le 8 juillet 1926.

Suites de couches apyrétiques.

Le 16 juillet : Hémorragie extrêmement importante. La malade est amenée à l'hôpital Cochin.

Le 17 juillet au soir : Plusieurs hémorragies assez abondantes se sont reproduites dans la journée : température 39° 6, pouls 152.

M. Vignes pose le diagnostic d'hémorragies secondaires par rétention placentaire probable.

Revision utérine : Surface placentaire basse facile à explorer.

Col entr'ouvert admettant deux doigts.

Un premier débris est enlevé.

D'autres formations polypoïdes sont perçues donnant l'impression de fragments placentaires.

Mais, cette impression n'est pas pure.

Par crainte des risques de perforation au cours du curage digital ou d'un ensemencement consécutif à cette manœuvre, l'hytérectomie est pratiquée.

Hystérectomie subtotale. Mickulicz.

Suites opératoires mauvaises.

La fièvre persiste ; du ballonnement du ventre ; des vomissements apparaissent.

La femme meurt de péritonite le 23 juillet.

Examen de la pièce opératoire

a) *Anatomie macroscopique.* - La face interne du muscle utérin présente un aspect irrégulier, tomenteux, avec de place en place des fragments placentaires évidents.

Ces fragment paraissent particulièrement adhérents et ne se laissent pas détacher sans déchirure.

En dehors de ces insertions de cotylédons, le muscle utérin apparaît en plusieurs points friable, de teinte gris, noirâtre, nécrotique.

b) *Anatomie microscopique* : L'examen histologique a montré, au niveau des points d'insertion placentaire, des fragments de placenta profondément infectés, ainsi d'ailleurs que la caduque sous-jacente, jusqu'à une profondeur notable dans l'épaisseur du muscle utérin.

Dans les régions où le muscle était à nu, sans revêtement dédidual, il existait en plus de l'infection, des plaques de nécrose, correspondant aux zônes grisâtres signalées macroscopiquement, nécrose totale du muscle et du stroma conjonctif.

*
**

Observation XIV

(Observation de M. Le Lorier, Soc. d'Obst. et de Gynécologie de Paris, avril 192).

IIe pare, 29 ans.

Accouchement simple.

Arrière-faix soigneusement examiné complet.

Suites de couches : A partir du 5e jour, hémorragies répétées parfois abondantes avec petits caillots.

Sang noirâtre mélangé d'un liquide fétide.

En même temps petite élévation thermique le soir.

Au neuvième jour, la malade est examinée par M. Le Lorier : femme pâle, anémiée ; la température oscille entre 38° et 38° 5. Utérus sub-involué : col entr'ouvert, admettant un doigt ; utérus mobile ; culs de sac libres et souples.

Le diagnostic d'hémorragie par rétention placentaire probable est posé.

Revision utérine : La revision utérine pratiquée immédiatement sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle permet de sentir sur la paroi postérieure une masse molle, saillante, tomenteuse.

Les autres parois de la cavité utérine sont normales.

Cette masse lâchement adhérente est facilement enlevée.

C'est un fragment placentaire ayant à peu près la moitié du volume d'une noix.

Quelques heures après l'intervention : Température à 40°, frisson violent.

Dans les jours qui suivent l'état général reste très grave, véritable état septicémique avec menaces de collapsus.

Malade à certains moments presque agonisante.

L'hémoculture montre la présence dans le sang de streptoques.

Au 13e ou 14e jour, légère amélioration de l'état général.

A l'examen local on trouve, sur la face antérieure de l'utérus près du fond et de la corne gauche une bosselure très nette.

Lochies purulentes sans odeur.

Bientôt le diagnostic de collection purulente de la paroi utérine s'affirme.

La température présente de grandes oscillations.

La bosselure s'accuse : tumeur arrondie sans pédicule, rénittente, douloureuse à la pression.

Une hystérectomie abdominale totale avec ablation des annexes est pratiquée par M. Labey.

Mise en place d'un Mickulicz.

Suites opératoires : Détente légère, mais incomplète. Phénomènes d'obstruction intestinale et de péritonite circonscrite.

Bientôt apparition d'une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche.

Néanmoins, la guérison complète survient après deux mois de maladie.

Examen de la pièce opératoire : L'utérus présente sur sa face antérieure, près du fond, et de la corne gauche, un abcès gros comme une mandarine.

C'est un abcès unique faisant une saillie marquée à la face antérieure de l'utérus.

L'examen du pus n'a pas été fait.

Dans le pus des lochies, il a été trouvé du colibacille.

*
**

II. — HEMORRAGIES SECONDAIRES SANS RETENTION PLACENTAIRE

Observation XV.

(Observ. III de la communication de M. le Prof. Couvelaire (Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie, mars 1926). (Clinique Baudelocque, 1926, nº 126 bis du registre).

Iº pare, 24 ans.

Aucun antécédent notable.

Accouchée en ville le 19 décembre 1925.

Durée du travail : 9 heures.

Enfant vivant.

Délivrance naturelle et complète un quart d'heure environ après l'accouchement, sans particularités.

Un léger suintement sanglant a persisté.

Deux heures après, sous l'influence du traitement appliqué (expression utérine ramenant de gros caillots, injection vaginale chaude), ce suintement s'arrête.

Suites de couches : normales sans hémorragie, sans fièvre.

Lever au 15e jour.

Le 7 janvier, Métrorragie : perte abondante de sang rouge avec caillots. Cette hémorragie persiste, se répète les jours suivants, si bien que le 14 janvier la femme est amenée à la Clinique Baudelocque.

A l'entrée : Femme pâle, anémiée, pouls rapide. Abdomen souple, utérus dur, tendu. Son fond remonte à trois travers de doigts de l'ombilic.

Le fond utérin montre une corne gauche hypertrophiée, déformée, arrondie, nettement séparée du corps utérin et donnant avec l'autre corne un aspect bilobé.

La palpation de cette corne est légèrement douloureuse surtout à son extrémité.

La palpation de la fosse iliaque gauche est douloureuse.

Col gros, mou, entrouvert, laissant suinter du sang et passer quelques caillots allongés que l'on ramène sur le doigtier.

Les culs de sac ne présentent rien de particulier et ne sont pas douloureux.

L'état de la malade étant inquiétant on décide de faire une hystérectomie.

Une hystérectomie vaginale est pratiquée par MM. Portes et Desnoyers.

Elle présente quelques difficultés ; l'utérus est friable ; il se laisse mal abaisser en raison de l'existence d'une masse annexielle gauche (pyosalpinx). Ce pyosalpinx s'ouvre au cours de tractions et laisse échapper un pus louable, sans odeur.

L'hémostase est assurée par des pinces à demeure.

A la fin de l'intervention, l'état de l'opérée est satisfaisant, le pouls est bien frappé.

Les suites opératoires ont été marquées par un incident : une hémorragie abondante lors de l'ablation des pinces que l'on réussit à arrêter par pincement et tamponnement.

Néanmoins, dans la suite, l'état de la femme s'améliore rapidement, et elle peut quitter la clinique en parfaite santé le 17 février 1926.

Cette malade a été revue le 18 octobre 1927 en excellent état mais pressentant quelques troubles d'insuffisance ovarienne.

Examen macroscopique de l'utérus. — Cavité utérine vide ; pas de cotylédon placentaire ; pas de polype.

Examen microscopique. — (Monsieur Verne).

I. Au niveau de l'aire placentaire

La coupe présente trois régions à considérer :

1° *Une muqueuse en voie de reconstitution avancée* : Les culs de sac glandulaires sont bien reconnaissables. Leur épithélium est constitué par de hautes cellules ciliées par places, les cils n'existant qu'au fond des culs de sac.

L'épithélium est envahi par des leucocytes. Il ne recouvre pas le chorion.

Les culs de sac glandulaires sont entourés par un tissu conjonctif jeune, dense, à noyaux bien colorables.

Le chorion très mince est infiltré de leucocytes.

2° *Une zône hémorragique* : Cette zône fort large est constituée d'amas et de couches de fibrine alternant avec des espaces remplis d'hématies. On reconnaît encore la lumière de quelques vaisseaux thrombosés noyés dans cette masse.

Un grand nombre de leucocytes polynucléaires ont envahi cette zône.

3° *Une couche musculaire* : Les fibres lisses sont en régression. Le tissu conjonctif interfasciculaire est développé.

On observe dans la profondeur quelques nodules hémorragiques.

Les sinus du myometrium sont thrombosés.

Autour d'eux existent des foyers très étendus d'infiltration leucocytaire.

II. En dehors de l'aire placentaire

La muqueuse est en voie de reconstitution avancée.

L'épithélium se multiplie à partir des culs de sac glanduliformes et s'étale au-dessus du chorion utérin sans le recouvrir encore complètement.

Là où l'épithélium n'existe pas, la surface du chorion présente un coagulum infiltré de leucocytes mais non hémorragiés.

Le chorion contient des éléments conjonctifs jeunes et de nombreux leucocytes.

La tunique musculaire montre des fibres lisses en voie de régression.

Les vaissseaux ne sont pas thrombosés, mais on observe en abondance des leucocytes disséminés ou agglomérés en nodules.

Examen bactériologique : Les prélèvements utérin après l'hystérectomie montrent la présence de streptocoque à l'état de pureté.

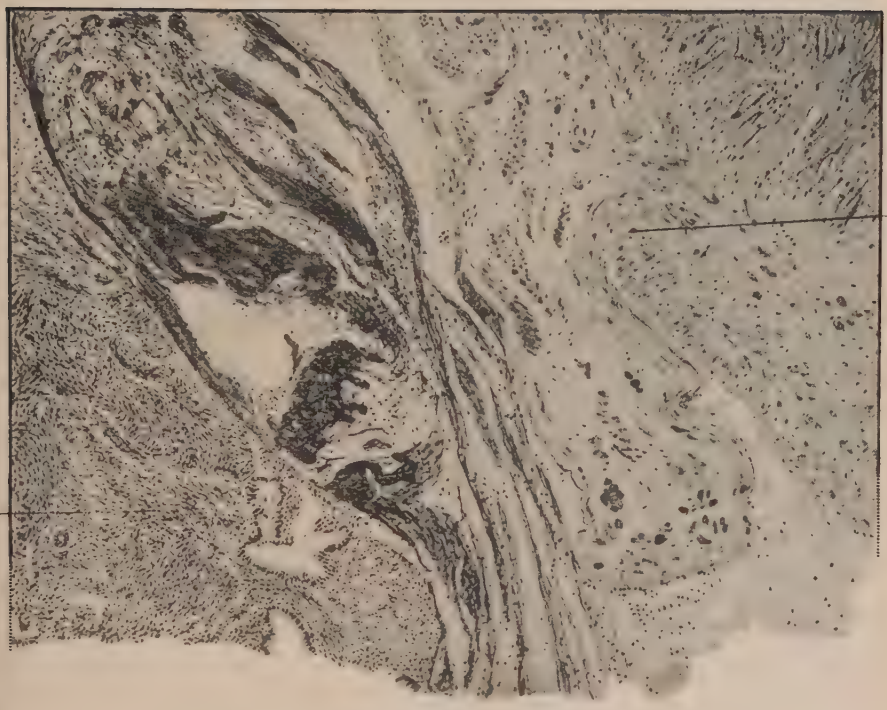
Les prélèvements au niveau du pyosalpinx permettent de trouver du streptocoques, du staphylocoque blanc.

OBSERVATION XV

La même coupe : gross· 200/1

Hémorragie par infection sans rétention placentaire

1. Cul de sac glandulaire.
2. Infiltration du chorion muqueux.
3. Muqueuse en voie de regression.
4. Vessie encore béante contenant des hématies.
5. Fibrine.
6. Globules rouges.
7. Fibres musculaires lisses, coupées transversalement et dissociées par l'œdème.



OBSERVATION XV

Hémorragie par infection sans rétention placentaire

Paroi utérine : gross. X 85/1

Photographie montrant :

1. L'énorme infiltration leucocytaire du chorion.
2. L'œdème du muscle utérin.

*
**

Observation XVI

(Observation XXXIV, Thèse Noguères)
(Observ. II de la communication de M. le Professeur Couvelaire. Société d'Obstétrique et de Gynécologie, Paris mars 1926).
(Clinique Baudelocque. N° 562 du Registre, 1920)

IIIe pare, 28 ans.

Deux gestations et accouchements antérieurs normaux en 1913 et 1914. Troisième accouchement normal à la Clinique Baudelocque le 28 mars 1920).

Délivrance naturelle complète.

Placenta 600 gr. complet, mais présentant des dépôts calcaires.

La femme sort de la clinique le 2 avril.

Le 6 avril à 15 h. 30', métrorragie abondante.

Une heure après, l'examen fait constater qu'il s'écoule encore par la vulve du sang liquide noirâtre sans caillots.

Le facies est pâle, les lèvres cyanosées.

Il y a de la dyspnée.

Pouls à 92, 96.

Au toucher : Col large, perméable.

La surface intra utérine paraît lisse.

Pensant que la cause de l'hémorragie devait être rapportée à une rétention placentaire, un curage digital est pratiqué.

Mais le col ne laisse pénétrer qu'un seul doigt et le fond de l'utérus, en particulier la corne droite, sont mal explorés. On pratique un curettage.

A la curette on retire de la corne droite, une petite masse de volume d'une noisette.

Après l'intervention, le pouls est petit, rapide, incomptable.

La femme manifeste une agitation et une dyspnée extrême.

L'utérus est cependant bien contracté et l'hémorragie a cessé.

Traitement : Sérum physiologique sous cutané et intraveineux adrénaline, huile camphrée, à la suite se produit une amélioration passagère.

A 20 h. 30', Une nouvelle hémorragie se produit, l'agitation et la dyspnée se sont accrues, le pouls n'est plus perceptible.

L'utérus est mou. La femme meurt.

Examen microscopique de la petite masse enlevée à la curette :

Tissu musculaire, fibres coupées horizontalement et d'autres transversalement.

Vaisseaux nombreux et dilatés.

Par endroits : cellules déciduales nettes.

Il s'agit d'un fragment de muscle utérin.

Autopsie : Un peu de liquide dans la cavité abdominale.

Adhérences dans le cul de sac de Douglas.

Rien d'anormal du côté des ovaires et des annexes.

Examen de l'utérus

Examen macroscopique : Utérus vide.

Cavité utérine augmentée. Au niveau de la zône de décollement placentaire, quelques saillies ayant l'aspect de sang coagulé et qui correspondent à des vaisseaux thrombosés.

Examens microscopiques : La muqueuse utérine n'est pas visible sur les coupes (un curettage avait été pratiqué).

Le reste de la paroi utérine présente das signes d'inflammation intense : infiltration de leucocytes polynucélaires, œdème de la paroi utérine, nombreux vaisseaux thrombosés, fibres musculaires dégénérées complètement par endroits.

*
**

Observation XVII

(Clinique Baudelocque, 1925. N° 704 bis du registre).

IIe pare, 27 ans.

1° accouchement, juillet 1919, prématuré à 8 mois.

Hémorragie une dizaine de jours avant l'accouchement.

Suintement assez abondant pendant ces dix jours.

Présentation du siège.

Suites de couches normales.

2° accouchement en ville le 14 avril 1925. Aurait été normal.

Le 29 avril, métrorragie importante. La malade est amenée à la Clinique Baudelocque.

Examen : Etat anémique, pâleur du visage, décoloration des muqueuses, pouls rapide 100-120, température oscillant entre 38° et 39°. L'hémorragie a cessé. L'utérus est augmenté de volume. Son fond remonte à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne.

Le 1er mai, 23 h. : Nouvelle hémorragie très importante.

Quantité de sang perdu : 1 litre.

Femme exsangue. Langue et nez froids.

L'écoulement sanguin persiste sous forme d'un suintement.

Pouls incomptable.

En présence de ce syptôme et de la persistance de l'hémorragie, malgré la fièvre des derniers jours une révision utérine est pratiquée d'urgence.

Revision utérine : 1er mai 23 h. 30'. Sous anesthésie, curage digital qui ramène quelques débris. Toute la face interne de l'utérus donne l'impression d'être inégale, tomenteuse et comme hérissée de larges papilles.

Injection intrautérine chaude.

Tamponnement du col, car la commissure droite du col donne pour son propre compte un petit filet de sang rouge.

Après l'intervention la femme ne saigne plus, elle accuse cependant une sensation de soif intense.

2 mai : malade très affaiblie, température 38°, pouls 110.

3 mai, 4 mai, état stationnaire.

5 mai, dans la nuit du 4 au 5 mai : frissons violents avec ascension thermique à 39° 6. Malade très affaiblie.

Transfusion de 200 gr. de sang pur à la seringue de Bécard (Donneur M. Portes).

Le soir de la transfusion : température 38°, pouls 132.

6 mai, amélioration de l'état général.

7 mai, dans la nuit du 6 au 7, nouveau frisson, avec élévation thermique (39° 6). P. 128.

La malade est très affaiblie et somnolente.

Au toucher : Utérus encore volumineux de consistance molle.

A 13 heures, hystérectomie abdominale subtotale.

Anesthésie à l'éther.

Utérus gros, d'aspect blanchâtre délavé.

Au moment de la découverte du pédicule utérin, la section d'une veine dont la lumière paraît large donne issue à un mince filet de sang.

Les pédicules sont volumineux, les tissus sont infiltrés d'œdème.

La petite quantité de sang qui s'est écoulée au cours de l'intervention à l'aspect très particulier du sang lavé. Mickulicz.

Durée de l'intervention : 30 minutes.

Le 7 mai, à 16 heures, 2e transfusion 50 gr.

Le 8 mai, meilleur aspect de la maladie, lèvres décolorées.

Le 9 mai, agitation, dyspnée (40 R à la minute). Abdomen légèrement douloureux, pas de selles. Mort le 10 mai.

Examen histologique des fragments retirés par curage digital le 1er mai.

Les fragments sont constitués par de la muqueuse utérine, dont le chorion est par places infiltré de lymphocytes, et par du muscle utérin.

En aucun point on ne retrouve de structure qui rappelle celle du placenta.

Examen histologique de fragments prélevés sur la pièce opératoire.

La muqueuse utérine est profondément altérée. L'épithélium ne se présente que sous forme de quelques rares tubes glandulaires.

Le contenu de l'utérus est constitué par un mélange d'éléments sanguins (hématies en petit nombre, abondants leucocytes, polynucléaires, neutrophiles, lymphocytes) et débris de la muqueuse desquamés.

Le chorion est congestionné : la couche musculaire paraît normale.

La recherche des micro-organismes ne montre rien de particulier au niveau de la muqueuse utérine et du contenu utérin.

Examen histologique d'un fragment du pédicule utéro-ovarien.

Au niveau du pédicule, les grosses veines sont complètement thrombosées.

Le caillot qu'elles contiennent est déjà en voie d'organisation envahi par sa périphérie de cellules endothéliales.

OBSERVATION XVII

Hémorragie par infection sans rétention placentaire : gross. X 50

1. Coagulum.
2. Chorion de la muqueuse.
3. Stratum submucosum.
4. Zône de vaisseaux thrombosés.
6. Stratum subserosum.

Dans le contenu de ces veines, on note l'existence d'amas constitués par des éléments ayant l'allure de staphylocoques.

Aucune lésion de l'ovaire.

Examen du sang pratiqué

Avant la transfusion du 5 mai	Après la transfusion du 5 mai
Hémoglobine : 25 %.	Hémoglobine 25 %.
Hématies : 1.040.000	Hématies : 1.100.000.
Leucocytes : 2.000.	Leucocytes : 2.100.
Polynucléaires :	Polynucléaires :
— neutrophiles 68 %.	— neutrophiles 66 %.
— basophiles 6 %.	— basophiles 7 %.
— éosinophiles 0 %.	— éosinophiles 1 %.
Grands mononucléaires 18 %.	Grands mononucléaires 12 %.
Moyens mononucléaires 2 %.	Moyens mononucléaires 1 %.
Lymphocytes 6 %.	Lymphocytes 4 %.
Valeur globulaire 1.	Valeur globulaire 1.

*
**

Observation XVIII

(Clinique Baudelocque, 1927, N° 1980 bis du registre)

II° pare, 29 ans.

1° Accouchement normal en 1923.

2° Accouchement en ville le 14 août 1927. Elle terminait une gestation ayant présenté quelques particularités.

Deux hémorragies dans les quinze jours qui précédèrent l'accouchement. L'hémorragie s'est reproduite au moment de l'accouchement et l'on a rompu artificiellement les membranes. Elle était causée par l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

La délivrance a été naturelle et complète, mais elle a été suivie d'une hémorragie légère accompagnée de phénomènes de choc inquiétant.

Ces symptômes graves ont cédé au traitement habituel complété par une transfusion.

Les suites de couches ont été marquées par de nombreux incidents.

Pendant les premiers jours, l'état de la malade est relativement bon, mais la température s'élève progressivement pour dépasser 39° le quatrième jour.

Le 20 août (6e jour), il se produit une petite hémorragie, le pouls s'accélère.

Le 23 août, la femme perd un gros caillot.

Le 28 août, nouvelle hémorragie inquiétante avec phénomènes de choc.

Le 30 août, la malade toujours dans un état grave, la température s'élevant à 39°, le pouls rapide aux environs de 140, est amenée à la Clinique Baudelocque.

A l'entrée, on note l'état grave de cette femme.

Degré d'anémie extrême avec pâleur cireuse du visage, décoloration des lèvres.

Etat de somnolence constant : température à 38° 5, 39° ; pouls aux environs de 120, 130.

Utérus gros, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il n'est pas douloureux.

Pertes fétides.

Le 1er septembre, nouvelle hémorragie peu importante.

Le 2 septembre, nouvelle petite hémorragie. La fièvre persiste et le pouls reste accéléré à 120.

L'hémoculture est négative.

La numération globulaire montre une diminution considérable de globules : 780.000 globules rouges ; 8.900 globules blancs.

La formule sanguine est la suivante :

Polynucléaires neutrophiles : 78 %.

Polynucléaires éosinophiles : 1 %.

Mononucléaires moyens : 5 %.

Lymphocytes 11 %.

Eléments de transition.

On pose le diagnostic d'infection puerpérale à forme hémorragique et après transfusion de 150 c. c. de sang citraté on pratique une hystérectomie subtotale sous anesthésie locale, ne donnant que quelques bouffées d'éther au moment de la ligature des pédicules. Mickulicz.

Suites opératoires : Amélioration surtout manifeste à partir du 27e jour après l'intervention.

Le 7 septembre 5e jour, la numération globulaire montre une augmentation légère des globules rouges :

Globules rouges, 895.000.

Globules blancs, 14.000.

Hémoglobine, 25 %.

Le 12 septembre, l'état de la malade ne paraissant plus s'améliorer, nouvelle transfusion de 250 grammes.

Dans les jours qui suivent grosse amélioration la malade se recolore.

Le 15 septembre, l'examen du sang donne les résultats suivants :

Numération globulaire :

Hématies, 2.660.000.

Leucocytes, 8.400.

Hémoglobine, 20 %.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles : 67 %.

Polynucléaires éosinophiles : 2 %.

Grands monucléaires : 2 %.

Moyens mononucléaires : 4 %.

Lymphocytes : 26 %.

Myélocites : 1 %.

Le 20 septembre, nouvelle transfusion de 250 grammes.

Le 22 septembre, nouvel examen de sang donnant les résultats suivants :

Hématies : 2.840.000.

Leucocytes : 6.000.

Hémoglobine : 50 %.

Formule sanguine :

Polynucléaires basophiles : 0.

Polynucléaires neutrophiles : 69 %.

Polynucléaires éosinophiles : 1 %.

Grands mononucléaires : 4 %.

Moyens mononucléaires : 6 %.

Lymphocytes : 20 %.

Dans la suite, courbe thermique irrégulière ; température oscil-

lant entre 38° et 39° jusqu'au 26 septembre avec pouls rapide aux environs de 110.

Du 26 septembre au 4 octobre, température entre 37° et 38°.

Du 5 au 9 octobre, nouvelle ascension thermique atteignant 40° avec pouls à 128.

Nouveau crochet dépassant 39° 5 entre le 12 et le 16 octobre.

Depuis lors apyrexie et ralentissement du pouls.

Examen macroscopique de la pièce opératoire : Utérus extrêmement pâle sans lésions apparentes, ni de la muqueuse, ni du muscle.

Cavité utérine vide.

Il n'existe pas de lésions annexielles.

Examen histologique : Muqueuse en mauvais état. Régénération peu avancée (si l'on songe que l'hystérectomie a été pratiquée au 20e jour des suites de couches.)

Le chorion est infiltré de leucocytes, mais c'est une infiltration légère.

Nombreux vaisseaux thrombosés.

Certains de ces vaisseaux paraissent être thrombosés plus récemment leur thrombose ne correspondant pas à la date de l'accouchement.

La musculeuse présente une infiltration très discrète, plus légère encore que celle du chorion de la muqueuse.

La recherche des micro-organismes sur les coupes a été négative.

Examen bactériologique : De nombreux ensemencements sur milieux anaérobies ont été faits. Aucun d'eux n'a été positif.

*
**

Observation XIX

(Observ. XXXV de la Thèse Noguères. — Observ. I de la communication de M. le Professeur Couvelaire. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, mars 1926).

(Clinique Baudelocque, 1919, N° 522 du registre)

IIIe pare, 26 ans.

Deux accouchements antérieurs sans particularités.

Troisième accouchement normal à Baudelocque le 12 mai 1919.

Enfant prématuré pesant 2.330 gr.

Délivrance naturelle, une heure après : placenta complet, membranes dissociées, mais paraissant complètes.

Suites de couches absolument apyrétiques.

Le 20 mai. Huit jours après l'accouchement légère hémorragie avec expulsion d'un gros caillot.

On donne des injections vaginales chaudes.

Peu après l'hémorragie reparaît plus abondante.

En exprimant l'utérus on évacue de gros caillots.

Revision utérine : Utérus mou. Col béant.

Nombreux caillots dans sa cavité.

On ne retire ni placenta ni membranes.

Injection intra utérine, mèche de gaze iodoformée.

Dans l'après-midi, la femme a quelques frissons, la température s'élève à 39° 7.

Le 21 mai. Température à 37° 7. La mèche est enlevée.

L'utérus est petit, l'hémorragie a cessé.

Depuis ce jour, la température ne dépasse pas 37° 5, et la femme quitte la Clinique le 26 mai en bon état.

*
**

Observation XX

(Clinique Baudelocque, 1926, N° 370 bis du registre)

I° pare, 20 ans.

Aucune particularité dans ses antécédents.

Accouchement normal en ville le 17 février 1926, enfant pesant 1.600 gr. (mort à cinq semaines).

Délivrance naturelle complète sans hémorragie.

Le 20 février. Troisième jour des suites des couches la femme est amenée à la Clinique Baudelocque avec la fièvre (température à 40°).

Le 21 février. L'examen fait constater de la rétention de lochies purulentes. Utérus très douloureux antefléchi.

Traitement : Glace sur l'abdomen, sérum anti-streptococcique.

Le 23 février. La malade présente des accidents sériques :

Eruption urticarienne. Arthralgies.

La température atteint 40°.

Le pouls est rapide à 120.

L'examen montre un utérus gros, le fond est à 9 cm. au-dessus de la symphyse pubienne, peu douloureux. A gauche, il existe une masse latéro-utérine mal délimitée du côté de l'utérus, faisant corps avec lui peu mobile, mais extrêmement douloureuse.

Le col mou, entr'ouvert. Ecoulement de lochies purulentes, sanicuses.

Diagnostic posé : phlegmon du ligament large.

7 mars. Nouveaux accidents sériques.

8 mars, 19e jour des suites de couches, hémorragie légère étiquetée, petit retour de couches.

11 mars : Epistaxis.

L'hémorragie utérine ne s'est pas arrêtée, les pertes deviennent de plus en plus abondantes.

Ecoulement de sang noirâtre mélangé de caillots. Abdomen douloureux, au niveau de la fosse iliaque gauche, mais sans défense de la paroi.

Le toucher combiné au palper montre que le fond utérin est englobé dans une masse inflammatoire douloureuse s'étendant d'autre part aux annexes gauches.

Le tout forme une masse débordant dans la fosse iliaque gauche, et remontant à deux travers de doigt au-dessus du niveau de l'ombilic.

16 mars. La femme expulse de nombreux caillots à chaque injection.

Le col est fermé. Température 38° 8, pouls à 92, bien frappé.

L'état général n'est pas inquiétant.

A partir du 16 mars, les métrorragies diminuent peu à peu d'intensité. Elles cessent définitivement le 25 mars.

Cependant la fièvre persiste, la température oscille entre 38° et 38° 5 jusqu'au 18 avril.

Depuis cette date, la température revient à la normale. En même temps on constate que les signes locaux ont regressé.

Quand la malade quitte la clinique, le 29 avril, au 73e jour

des suites de couches, elle présente encore une masse latéro-utérine gauche, faisant corps avec l'utérus très dure mais peu douloureuse.

*
**

Observation XXI

(Clinique Baudelocque, 1926, N° 657 du registre)

I° pare, 23 ans.

Femme ayant présenté de l'albuminurie au cours de la gestation (à partir du 7e mois).

Accouchement le 2 avril 1926 à la clinique Baudelocque.

Il existait de l'œdème des membres inférieurs, de l'albuminurie. La tension prise au Pachon donnait le chiffre de 14, 9.

Accouchement spontané sans incident.

Délivrance naturelle complète une heure après.

Suites de couches fébriles :

Le 4 avril : température 38°, pouls 80.

Le 6 avril : Métrorragie assez abondante.

Le 8 avril : Douleurs abdominales violentes avec état syncopal. Expulsion de caillots.

Le 9 avril : Température 38° 9, pouls 90. Expulsion d'un gros caillot accompagné de douleurs abdominales. Utérus encore gros, peu douloureux. Ce jour là, la femme a un frisson violent.

Du 9 avril au 28 avril : Pertes sanguines répétées mais peu abondantes.

La température s'est abaissée et oscille entre 37° et 37° 8.

Le pouls reste un peu rapide entre 80 et 90.

Durant cette période l'utérus est resté gros et douloureux.

Après le 28 avril, tout rentre dans l'ordre et la femme quitte la clinique en bonne santé, 34 jours après son accouchement.

*
**

Observation XXII

(Clinique Baudelocque 1927, N° 1643 du registre)

IIe pare, 27 ans.

Aucun antécédent notable.

1° Gestation en 1922, accouchement spontané, suites de couches normales.

2° Accouchement normal à terme le 14 juillet 1927.

Délivrance naturelle complète. Suites de couches normales pendant les premiers jours.

Le 17 juillet, le pouls s'accélère atteint 100. la température reste normale, 37° 5.

Du 17 au 28 juillet, le pouls reste rapide aux environs de 100, tandis que la température oscille entre 37° et 37° 5.

Aucun signe de localisation en particulier, pas de signes de phlébite des membres inférieurs ni aucune localisation périutérine.

A partir du 28 juillet, le pouls devient moins rapide, et l'état général s'améliore.

Le 30 juillet, 16e jour après l'accouchement la femme perd un caillot.

Le 3 août (20e jour), hémorragie importante, brusque, évaluée à 500 gr.

Pendant une semaine il ne se produit aucune perte de sang.

Le 11 août, nouvelle hémorragie aussi abondante que la première.

Elle ne se tarit que progressivement en 5 à 6 jours.

Le 14 août : embolie pulmonaire avec point de côté à droite, dyspnée intense.

Accélération du pouls qui dépasse 140 et devient incomptable.

Il existe un léger œdème malléolaire gauche.

Dans la suite le pouls devient moins rapide.

Il reste cependant au-dessus de 100.

Le 3 septembre : pouls à 130, température 38°2.

On assiste au développement d'une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche.

Quelques jours après, le pouls se ralentit, et la température redevient tout à fait normale.

Les symptômes de la phlébite s'atténuent progressivement et la malade peut se lever pour la première fois le 14 octobre.

Elle quitte la clinique le 22 octobre (10½e jour après son accouchement) ayant un peu d'œdème du membre inférieur gauche, et un enraidissement de l'articulation du genou.

***

Observation XXIII

(Observ. Maternité, 1927, nº 1297 du registre)

IIº pare, 22 ans.

Premier accouchement 1926, normal.

2º accouchement à la Maternité le 13 mai 1927.

Délivrance naturelle complète 25 minutes après.

Hémorragie entre l'accouchement et la délivrance.

Suites de couches normales, apyrétiques pendant les dix premiers jours.

Le 22 mai, la femme sur sa demande quitte la Maternité.

Le 22 mai au soir, elle est ramenée pour une hémorragie importante : température 38º, pouls 92.

Pendant les jours suivants et à trois reprises différentes, la femme saigne à nouveau.

Le 28 mai : prélèvement bactériologique intra-utérin.

Le 30 mai : Nouvelle hémorragie.

Examen : col entrouvert, perméable au doigt. Utérus gros, mou, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

31 mai : curettage ramenant quelques débris membraneux. Dans les jours qui suivent l'intervention, les hémorragies sont moins abondantes et diminuent de plus en plus.

Le 16 juin : Un suintement sanglant persiste.

Injection d'une ampoule d'hypophyse pendant trois jours de suite.

Le 19 juin : Les hémorragies ont cessé complètement et 40 jours après l'accouchement, la femme part complètement guérie.

Examen histologique : (M. Durante).

Pas de débris placentaires, ni de modification déciduales de la muqueuse.

Forte inflammation aiguë de la muqueuse, sur un terrain malade depuis longtemps : il existe, en effet, des plaques sclé-reuses anciennes.

Glandes en prolifération assez intense, qui ne paraît pas d'allure maligne, et simplement due à l'initiation chronique.

Examen bactériologique : Germe aéro-anaérobie, paraissant plus aérobie qu'anaérobie sur les tubes de gélose profonde.

Aspect étoilé de la culture qui est bien développée près de la surface des tubes.

Germe identifié comme un bacillus cutis communis.

*
**

Observation XXIV

(Obs. I de la communication de MM. Levy-Solal et Ravina Sté de Gyn. et Obst. de Paris, avril 1926).

Ire pare. Envoyée à la maternité de l'Hôpital Saint-Antoine, le 14 mai 1925, 11 jours après son accouchement pour hémorragie secondaire abondante.

Accouchement normal le 3 mai 1925.

Délivrance naturelle complète.

Suites de couches : Dans les trois premiers jours la femme aurait perdu du sang assez abondamment.

Elle ne peut préciser sa température mais celle-ci aurait atteint 38° et 39° à plusieurs reprises.

Le 13 mai (10e jour), survient une hémorragie très abondante.

Le 14 mai. Examen à l'entrée : Femme très pâle.

Température 39° 6. Pouls à 110.

Utérus remontant jusqu'à l'ombilic.

Il s'écoule de la vulve un peu de sang et des caillots noirâtres.

Revision utérine sous anesthésie au chloroforme :

Le col très dilaté, laisse facilement passer trois doigts. L'utérus est rempli de caillots que l'on évacue.

La main reconnaît facilement l'aire d'insertion placentaire qui occupe le bord droit et la corne droite.

Il existe dans cette corne de nombreux petits débris placentaires auxquels sont appendus des caillots.

Le curage digital ramène facilement ces débris dont l'ensemble a le volume d'une noix.

Tamponnement intra-utérin au filtrat streptococcique. Intradermoréaction au filtrat, moyennement positive : 2.

Le 15 mai. Matin : Température 39° 5 ; pouls 100.

Soir : Température 40° 5 ; pouls 120.

L'état général est cependant satisfaisant.

On fait un deuxième tamponnement.

Le 16 mai. Matin : Température 38° 6 ; pouls 100.

Etat général meilleur.

Soir : Température 39° 4 ; pouls 124.

Troisième tamponnement.

Le 17 mai, l'amélioration persiste.

Matin : Température 38° 6 ; pouls 100.

Soir : Température 39° 2 ; pouls 100.

On enlève le troisième tamponnement. La température oscille encore deux jours autour de 38°.

L'amélioration continue, la température revient à la normale et la femme sort en excellent état 16 jours après son entrée à l'hôpital, 27 jours après son accouchement.

Examen histologique : L'examen microscopique des débris enlevés par curage ne montre en aucun endroit la présence de villosités choriales.

Ce sont des caillots infectés en voie d'organisation.

En quelques endroits : débris du muscle utérin bourrés de cellules inflammatoires.

Examen bactériologique : Un prélèvement de lochies fait avant tout traitement intra-utérin montre la présence de streptocoques en culture pure.

Un prélèvement fait le 17 mai montre la présence de strepto-

coque, de staphylocoque et de cutis communis. Hémoculture pratiquée le 14 mai est restée négative.

*
**

Observation XXV

(Obs. II de la communication de MM. Lévy Solal et Ravina. Soc. de Gynéc. et Obst. de Paris, avril 1926).

1° pare.

Accouchement spontané en ville, d'un enfant vivant le 5 mars 1926. Est envoyée à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine deux heures après.

On fait la délivrance qui est naturelle et complète.

Température à 38° 4.

Suites de couches : Dans les quatre premiers jours des suites de couches, la femme perd du sang rouge en petite quantité.

La température qui était restée à la normale pendant les premiers jours, monte à 38° le soir du quatrième jour.

Le 10 mars. La température s'élève à 39° 3. En même temps se produit une métrorragie très abondante.

Révision utérine qui ne ramène que des caillots.

Surface placentaire irrégulière. Tamponnement intra utérin au filtrat streptococcique.

Intra dermo réaction au filtrat presque négative. Soir : température 39° 7 ; pouls 104.

Le 11 mars. L'hémorragie est arrêtée, mais la température est encore élevée : 39° 4 le matin, 39° 6 le soir.

On pratique un deuxième tamponnement.

Le 12 mars. Même état, troisième tamponnement.

Le 13 mars. Quatrième tamponnement.

La température était tombée après le troisième tamponnement.

Sortie de la femme en bonne santé 25 jours après son accouchement.

*
**

Observation XXVI

(Observ. III de la communication de MM. Lévy Solal et Ravina, Société d'Obst. et de Gyn. de Paris, avril 1926).

Ire pare, 22 ans.

Accouchement le 29 avril 1925, terminé par forceps en O. P. pour souffrance foetale.

Délivrance naturelle complète une heure après.

Suites de couches normales et apyrétiques, jusqu'au huitième jour.

Le 6 septembre. Métrorragie abondante sans élévation de température.

Le 8 septembre. Nouvelle hémorragie extrêmement abondante.

Revision utérine qui montre une cavité utérine vide, mais un utérus encore très gros atteignant l'ombilic.

Après évacuation des caillots, on pratique un tamponnement intra utérin au filtrat streptococcique.

La spoliation sanguine très importante nécessite une transfusion de 250 grammes de sang.

Le 9 septembre. Matin : température 38° 4 ; pouls 110.

Soir : Température 38° 6 ; pouls 120.

Deuxième tamponnement.

Le 10 septembre : Matin : Température 37° 2 ; pouls 90.

Soir : Température 37° 3 ; pouls 100.

On enlève le deuxième tamponnement.

Il n'a été pratiqué ni intradermo-réaction ni prélèvements.

*
**

Observation XXVII

(Observation IV de la communication de MM. Lévy Solal et Ravina, Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, avril 1926).

IVe pare, 29 ans.

Accouchée et délivrée en ville.

Suites de couches normales, apyrétiques jusqu'au 5e jour.

Dans la nuit du 5e au 6e jour : Métrorragie abondante. La femme est transportée à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine.

Examen à l'entrée : Utérus gros, remontant à l'ombilic.

Ecoulement de sang noirâtre à la vulve.

Température : 37°.

Revision manuelle de la cavité utérine.

Plaie placentaire, irrégulière. On enlève de nombreux petits débris existant sur toute l'aire placentaire, mais dont l'examen histologique n'a pas été fait.

L'hémorragie continue, abondante. On pratique un tamponnement intra-utérin à l'aide de gaze aseptique. Sérum physiologique intraveineux et sous-cutané. Toni-cardiaques.

Le 8e jour, deux jours après cette révision, la température monte à 39° 5 le matin, à 40° le soir.

Pansement intra utérin avec une mèche imbibée de filtrat streptococcique.

Etat général inquiétant : traits tirés, teint plombé, alternatives d'agitation et de dépression.

Le 9e jour, température, matin : 39°.

Température, soir : 39° 9.

On pratique un deuxième tamponnement, l'état général est nettement meilleur.

Le 10e jour, température, matin : 37° 3.

Température, soir : 38° 3.

Amélioration considérable.

Troisième pansement intra-utérin.

Dans les jours qui suivent la température oscille entre 37° 5 et 38° 4, puis apyrexie complète au 15e jour.

La malade quitte le service en excellent état au bout de trois semaines.

Examen bactériologique : Un prélèvement utérin, fait le huitième jour, montre la présence de streptocoques en culture pure.

*
**

Observation XXVIII

(Observ. V de la communication de MM. Lévy Solal et Ravina, Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, avril 1926).

IIe pare, 27 ans.

Accouchement en ville le 15 décembre 1925.

Délivrance naturelle et complète.

Suites de couches : *Du quatrième au sixième jour*, la température monte à 38° 2, 38° 7.

L'état général est excellent.

La femme accuse une légère douleur au niveau de la fosse iliaque gauche.

L'examen physique est négatif.

Le 22 décembre (7e jour). Métrorragie brusque d'une abondance extrême. La température monte à 39° 6, le pouls à 140. La femme est transportée à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine.

A l'entrée : Métrorragie abondante : utérus mou, remontant à l'ombilic.

Revision utérine. — Utérus très volumineux et rempli de caillots.

La plaie placentaire est irrégulière.

On enlève quelques débris.

L'hémorragie continue, véritablement impressionnante.

On pratique un tamponnement intra utérin au filtrat streptococcique.

Intradermoréaction absolument négative.

Le 23 décembre : Température : matin 38°, soir : 39°2. Pouls : matin 100, soir : 104.

On fait un deuxième tamponnement.

Trois autres tamponnements sont faits à 24 h. d'intervalle.

L'état général reste grave.

La température en plateau à 40°, 41°.

Le pouls à 120.

Les différentes thérapeutiques se montrent inefficaces : propidon ; septicémine ; trypaflavine ; transfusion sanguine ; abcès de fixation qui pourtant avait pris.

Le tableau septicémique persiste.

Des escarres apparaissent : une éruption morbilliforme survient.

Mort le 5oe jour.

Autopsie : Négative macroscopiquement.

Utérus petit, ayant subi son involution normale.

Examen histologique : I. Examen des débris retirés par curage digital.

Muscle utérin avec des zônes nécrotiques et de nombreux polynucléaires.

II. — *Examen de l'utérus* : Infiltration globale de la paroi utérine par des éléments inflammatoires nombreux.

Par places, des hémorragies interstitielles enfin une endartérite oblitérante extrêmement intense.

Examen bactériologique : 22 décembre : Prélèvement utérin montre la présence de : streptocoques ; de bacilles gram positif.

23 décembre : Prélèvement utérin qui montre la même flore microbienne.

Des hémocultures sont pratiquées à plusieurs reprises. Elles demeurent toutes négatives.

Au 4oe jour, l'hémoculture devient positive, montrant la présence de streptocoque hémolytique.

*
**

Observation XXIX

(Bulletin de la Soc. d'Obstétr. et de Gynéc. Avril 1927. Deromps, Médecin-Chef de l'hôpital de Téhéran).

III pare, 22 ans.

Métrorragies au cours de la 3e gestation.

Accouchement le 18 avril 1926.

Infection ovulaire : écoulement de liquide amniotique extrêmement fétide.

Température à 38°6, pouls 120.

Accouchement terminé par embryotomie sous anesthésie générale au bout de 84 heures.

Délivrance artificielle.

Placenta complet, dégageant une odeur fétide.

Aussitôt après l'accouchement, température 38°8, pouls : 140.

Suites de couches : Le 19 avril : température, matin : 38°, soir : 40° ; glace sur l'abdomen ; sérum antistreptococcique.

Le 21 avril : La température se maintient aux environ de 40°.

Le pouls à 140.

La femme présente quelques frissons.

L'utérus est perméable, mais dur.

Le liquide ramené par les injections intra-utérines contient des parcelles purulentes.

22 avril : température, matin : 37°, soir : 40° ; pouls à 140.

Dans la nuit du 5e au 6e jour survient une hémorragie impressionnante et soudaine traitée par des injections sous-cutanées d'ergotine et une injection vaginale chaude à l'eau oxygénée.

23 avril : Femme exsangue, hypotendue.

Matin, température : 37°2, pouls 140.

Soir, température : 37°2, pouls 160.

Utérus mou, gros, remontant à l'ombilic, mais non douloureux.

Revision utérine.

Extraction de nombreux caillots qui remplissent sa cavité.

Tamponnement intra utérin.

24 avril : L'hémorragie ne s'est pas reproduite.

Matin, température 39°, pouls 130.

Soir, température 41°, pouls 150.

25 avril : Matin, température : 37°, pouls 120.

Soir, température : 39°4, pouls 130.

27 avril : Bien que la température ne se soit pas modifiée et qu'il y ait une nouvelle ascension à 40°. Le pouls devient moins fréquent aux environs de 120.

28 avril : Température aux environs de 39°, pouls aux environs de 120.

L'utérus parait normal débordant à peine la symphyse pubienne.

30 avril : Température 38°2, l'hémorragie ne s'est pas reproduite.

Pouls aux environs de 110.
La malade s'est recolorée.
Utérus de volume normal non douloureux.
La femme part sur sa demande.
Revue ultérieurement complètement guérie.

par R

N°	VENTION	DIRES	RÉSULTATS
I			Guérison
II	ales 20	38° e 38°5 et 39 rs après le curage	Guérison
III	fétides	ndant 3 jours	Guérison
IV		issons 00 t 38 pendant 12 jours	Guérison
V		frissons 20 . rapide	Mort par septicemie le 12e jour
VI		39°6 0°4. P. 150 . rapide +	Mort par septicemie le 25e jour
VI		7. P. 150 issons	Mort par septicemie le 48e jour

HÉMORRAGIE	HEMORRAGIE — DATE D'APPARITION	ETAT AVANT L'INTE
èvre	Brusque. Abondante Sang rouge et caillots le 19e jour	T. 38° P. 92 Signes d'annexite
èvre	H. abondante Sang noirâtre sans caillots le 9e jour	Etat d'anémie a T. ? P. 92-9
èvre	Importante le 15e jour	Etat d'anémi T. 38°5 P. 100-110
e jour	Légère le 6e jour	T. 38-39 P. 120-130 Pertes fétide
èvre	Légère le 8e jour	?
e jour ochiale Lig[t] large	Légère le 19e jour	
8°. P. 80	Assez abondante le 4e jour	

BIBLIOGRAPHIE

Angeaud. — *Des hémorragies après l'accouchement.* (Thèse, Paris 1854).

Ballard. — *Bulletin de Gyn. et Obst.* 1920, p. 200.

Bar, Brindeau, J. Chambrelent. — *La pratique de l'art des accouchements.*

Brindeau. — *Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris,* 19 avril 1926.

Bonamy. — *De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë.* (Thèse, Paris 1899).

E. Bovin. — *Hygiea,* 14 février 1921, p. 103.

Camouin. — *Des hémorragies utérines pendant la grossesse et après l'accouchement.* (Thèse, Paris 1839).

Cappon. — *De la rétention partielle du placenta après l'accouchement à terme.* (Thèse, Paris 1905).

Cazeaux. — *Hémorragies toxiques pendant et après l'accouchement.* (Thèse, Paris 1835).

Cornelus, Christeanu. — (Bucarest). *Hystérectomie et infection puerpérale aiguë.* Revue de Gyn. et de Chirurgie abdominale 1904, p. 640.

Courbin. — *Nouvelles considérations dans l'infection puerpérale* (Journal de Médecine de Bordeaux, 10 février 1923).

Couvelaire, Levy-Solal et Simard. — *Antisepsie utérine par un filtrat de culture de streptocoques en bouillon dans l'infection puerpérale.* Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, avril 1924, p. 232.

Couvelaire. — *Forme métrorragique de l'infection puerpérale.* Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 8 mars 1926.

Curtis et Oui. — *Annales de Gyn.* 1904, p. 385.

Danter. — *Zentralbl. f. Gyn.* 1904, p. 1085.

Delafargue. — *Des hémorragies utérines après l'accouchement* (Thèse, Paris 1854).

P. Delbet et Noël Fiessinger. — *Biologie de la plaie de guerre*, (1918). Félix Alcan, Editeur.

Demelin. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, avril 1906.

Deromps. — *Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, avril 1927.

Estéoule. — *Recherches sur les rétentions prolongées de débris placentaires.* (Thèse, Paris 1905).

Forgue et Massabuau. — *Métrorragies et leurs rapports avec la glande interne de l'ovaire.* Revue de Chirurgie et de Gynécologie abdominale, 1912.

J.-L. Faure et Siredey. — *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*,, p. 571.

Höehne. — *Traitement de la rétention des débris placentaires.* Zentralbl. f. Gyn. t. XXXVIII, 1914, p. 1465.

Hörman. — *Doit-on enlever ou non les restes placentaires après l'accouchement ?* Monatschr. f. Geburtsh., gyn., t. XXIV, 1911, p. 412.

Gyrille Jeannin. — *De la séméiologie des lochies.* Presse Médicale, 1906.

F. Kermauner. — *Archiv. für Gynäkologie*, 23 mai 1925.

Klaften. — *Hémorragies tardives à la suite de couches.* Zentralbl. für Gynäkologie, 20 février 1926, p. 474.

Kuster. — *Les hémorragies tardives des suites de couches.* Zeitschrift f. Geb. und Gyn. t. LXVII, 1910, p. 430.

Levy-Solal et J. Ravina. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 19 avril 1926.

Le Lorier. — *Rétention cotylédonnaire post-partum infection et hémorragies utérines ; extraction du cotylédon, abcès de la paroi utérine, hystérectomie, phlébite, guérison.*

Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, avril 1926, p. 217.

Marmasse. — *Le curettage dans les accidents des suites de couches.* (Thèse, Paris 1895).

Marcou L.-A. — *Quelques considérations sur l'hémophilie et les hémorragies qu'elle provoque après l'accouchement.* (Thèse, Paris 1892.

Metzger. — *Le streptocoque hémolytique dans l'infection puerpérale.* Presse médicale, 15 avril 1911.

MUNTHE. — *Prophylaxie et traitement des hémorragies du post-partum.* (Thèse, Paris 1880).

NOGUÈRES. — *Contribution à l'étude des hémorragies secondaires du post-partum liées à une rétention placentaire.* (Thèse, Paris 1924).

PÉLAPRAT. — *Des hémorragies puerpérales secondaires.* (Thèse, Paris 1882).

PERY et BALARD. — *Bull. de Gynécologie obstétrique,* 1921, p. 250.

POIRIER A. — *De la rétention partielle du placenta après l'accouchement.* (Thèse, Paris 1894).

POTEVIN. — *De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë.* Gyn et Obstétrique, 1921, p. 207.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — *Traité d'Obstétrique.*

SCHAUTA. — *Faut-il décoller les restes placentaires ?* Wien Klin. Wochenschrift, t. XXV, 1912, p. 58.

SMELLIE. — « *Observations sur les accouchements* », 1765.

TARNIER et BUDIN. — *Traité de l'art des accouchements,* t. IV, p. 120.

P. THIERY. — *Des hémorragies secondaires des plaies de guerre.* Soc. de Chirurgie, 18 nov. 1914.

H. VARNIER. — *Obstétrique journalière.*

VELPEAU. — *Traité de l'art des accouchements,* 1835.

VERMELIN. — *La rétention cotylédonnaire post-partum.* Revue Médicale de l'Est, 1921, p. 184.

H. VIGNES et LEROUX. — *Hémorragies secondaires du post-partum.* (Annales d'anatomie pathologique, mai 1927).

WALLICH. — *Parallèle entre l'infection puerpérale et quelques infections chirurgicales.* (Presse Médicale, 27 mars 1919).

WEINBERG et SEGUIN. — *La gangrène gazeuse,* 1918, Masson, éditeur.

WEINBERG et GINSBOURG. — *Données récentes sur les microbes anaérobies et leur rôle en pathologie,* 1927.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION. 11
HISTORIQUE. 13

PREMIERE PARTIE

Etude analytique des observations d'hémorragies secondaires. 17

CHAPITRE I

Hémorragies par rétention placentaire. 19
1° *Etiologie.* 19
2° *Etude clinique.* 21
3° *Evolution, traitement.* 24
4° *Anatomie pathologique.* 29
macroscopique. 29
microscopique. 31
5° *Etude bactériologique.* 33

CHAPITRE II

Hémorragies par infraction sans rétention placentaire. . . 37
1° *Etiologie.* 37
2° *Etude clinique.* 39
3° *Evolution, traitement.* 43
4° *Anatomie pathologique.* 48
macroscopique. 48
microscopique. 48
5° *Etude microbiologique.* 74

DEUXIEME PARTIE

Etude d'ensemble des hémorragies secondaires du post-partum. 57
I. *Le diagnostic.* 58
II. *Le pronostic.* 63
III. *La thérapeutique.* 65
Thérapeutique intra-utérine. 67
Thérapeutique d'exérèse : l'hystérectomie. 72
Conclusions. 75
Observations. 77
Bibliographie. 145
Table des matières 149

LE PUY-EN-VELAY. — IMPRIMERIE « LA HAUTE-LOIRE »